



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

**Cristina Ventura Oliveira**

**Porto, Março de 2011**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

**Elaborado por:** Cristina Ventura Oliveira

**Orientado por:** Mestre Constança Festas

**Porto, Março de 2011**

## PENSAMENTO

*'A criança é a razão do mundo e,  
mais do que isso,  
representa o futuro desse mundo.'*

João Gomes Pedro, 2004

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, por acreditarem em mim em todos os momentos. Em especial à minha Mãe e Irmã pelo esforço para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram nesta caminhada conturbada.

Aos colegas de turma pelos momentos de estudos e aprendizagens compartilhadas, em especial à Helena, Vanessa e Filipa.

Aos meus orientadores pelas oportunidades que me proporcionaram.

A todos que não foram citados aqui, mas que directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho.



## **DEDICATÓRIA**

***Dedico este trabalho à minha Avó Inês.***

***Com Saudade...***

## **ABREVIATURAS**

Dr.<sup>a</sup> – Doutora

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

Etc. – Et cetera

et al – e os outros

obs. – Observação

pág. - página

n. - número

## **SIGLAS**

APR – Atendimento Pediátrico Referenciado

BO – Bloco Operatório

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP - Continuous positive airway pressure

CS – Centro de Saúde

CVC – Cateter Venoso Central

DR – Diário da República

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GEA – Gastroenterite Aguda

HSJ – Hospital de São João

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSS – Hospital de São Sebastião

ICN - International Council of Nurses

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Pressão intra-craniana

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-nascido Prematuro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SASU – Serviços de Atendimentos a Situações Urgentes

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SOG – Sonda Orogástrica

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSPCJ – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

UPP – Urgência Pediátrica do Porto

VSR - Vírus Sincicial Respiratório

## **RESUMO**

A elaboração do presente relatório traduz toda a actividade desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de estágios e surge no âmbito da Unidade Curricular – Relatório, inserido no Plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. O relatório centra-se na descrição crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas no estágio, que decorreu no período entre 26 de Abril de 2010 e 28 de Janeiro de 2011. O Módulo I foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus – Lisboa; o Módulo II na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de São Sebastião e Urgência Pediátrica do Hospital de São João e o Módulo III no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, representando todos eles extrema importância para o meu percurso formativo, pessoal e profissional, dando-me a possibilidade de ir ao encontro de experiências significativas que complementaram a minha experiência profissional e formação. O objectivo principal deste relatório centra-se na análise do caminho percorrido e das aprendizagens e competências adquiridas ao longo da sua realização. A metodologia utilizada na realização sua é descritiva e reflexiva, apoiada em pesquisas bibliográficas, conhecimentos retirados da minha prática profissional e de conhecimentos adquiridos. Ao longo de todo o seu percurso, este relatório pretende retirar implicações práticas para otimizar e adequar a minha prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem Pediátrica; Reflexão; Especialização.

## **ABSTRACT**

The preparation of this report reflects all the activities develop throughout the different internship's contexts, arising in the context of the Curricular Unit - Report, included in the Master's Degree Course Plan's curriculum in Nursing with specialization in Pediatrics and Child Health, of the Institute of Health Sciences (Catholic University of Portugal - Porto.). This report focuses on the critical-reflective description of the activities develop on internship, which took place in the period between April 26th, 2010 and January 28th, 2011. The first Module was carried out at the Health Care Personalized Unit in Coração de Jesus – Lisbon; the second module was put through in the Neonatal Intensive Care Unit of Hospital de São Sebastião and on the Pediatric Emergency of S. João Hospital while the Module III was done in the Pediatric service in the Pedro Hispano Hospital, representing all extremely important for my career training, personal and professional pathway while giving me the chance to meet with significant experiences that complemented my professional experience and training. The main gold of this report focuses on the analysis of the path and on the learning skills acquired throughout its performance. The methodology used is descriptive and reflective, based on bibliographic research, knowledge withdrawn from all my practice and acquired knowledge. Throughout its way, this report aims to draw practical implications to optimize and adapt my practice on Child Health and Paediatrics nursing.

**Keywords:** Competences, Pediatric Nursing; Reflection; Specialization.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>1. NOTA INTRODUTÓRIA</b>	<b>15</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO</b>	<b>17</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>19</b>
3.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	20
3.2 GESTÃO	47
3.3 FORMAÇÃO	50
3.4 INVESTIGAÇÃO	54
<b>4. REFLEXÃO CRÍTICA FINAL</b>	<b>57</b>
<b>5. NOTA FINAL</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>63</b>
<b>Anexo I – Caracterização UCSPCJ</b>	<b>64</b>
<b>Anexo II – Caracterização UCIN do HSS</b>	<b>88</b>
<b>Anexo III – Caracterização UPP</b>	<b>99</b>
<b>Anexo IV – Caracterização Serviço de Pediatria HPH</b>	<b>112</b>
<b>Anexo V – Organização e Dinamização Dia Mundial da Criança</b>	<b>126</b>
<b>Anexo VI – Manual de Procedimentos da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil</b>	<b>137</b>
<b>Anexo VII – Folheto – Competências do RN</b>	<b>272</b>
<b>Anexo VIII – Dados recolhidos – Serviço Pediatria HPH</b>	<b>275</b>
<b>Anexo IX – Descrição Projecto – ‘Somos Papás... E agora??’</b>	<b>279</b>
<b>Anexo X – Sessão de Educação para a Saúde – Prevenção de Acidentes</b>	<b>282</b>
<b>Anexo XI – Projecto ‘Crescer na Freguesia de S. José – Sessões de Educação para a Saúde</b>	<b>298</b>
<b>Anexo XII – Sessão de Educação para a Saúde – Saúde Oral</b>	<b>319</b>
<b>Anexo XIII – Poster Amamentação</b>	<b>330</b>
<b>Anexo XIV – Formação em Serviço – Febre</b>	<b>332</b>
<b>Anexo XV – Tabuleiro de Mesa – Desenvolvimento Infantil</b>	<b>344</b>

<b>Anexo XVI</b> – Tapete do rato – Sinais de Alerta do Desenvolvimento Infantil	<b>346</b>
<b>Anexo XVII</b> – Protocolo CPAP	<b>348</b>
<b>Anexo XVIII</b> – Artigo – ‘Impacto do Ambiente da UCIN no Desenvolvimento Neuromotor do RNPT – Cuidado para o Desenvolvimento’	<b>354</b>



**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

	Pág.
<b>Gráfico 1</b> – Focos de Enfermagem - UPP	30
<b>Gráfico 2</b> – Diagnósticos Clínicos – Serviço de Pediatria HPH	32
<b>Gráfico 3</b> – Focos de Enfermagem – Serviço de Pediatria HPH	40



## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

Como Enfermeira de Cuidados Gerais a exercer funções acerca de cinco anos, dos quais quatro anos no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, senti que seria uma mais valia desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da Saúde Infantil e Pediatria, de forma a responder às exigências dos cuidados de enfermagem em pediatria.

Foi através do ingresso no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, que encontrei meio para alcançar este objectivo pessoal e de forma a dar resposta à exigência da especialidade em Pediatria de *'ter conhecimentos e perícia especiais e formação específica'* (Opperman & Cassandra, 2001).

Compartilho da opinião de Mano (2002), de que os Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediatria devem ter a preocupação de para além de cuidar da criança, desenvolver capacidades de trabalhar com a família de forma sistemática, implicando assim a revisão dos papéis dos enfermeiros e dos pais no cuidado à criança, objectivo que só é alcançado se existir formação especializada.

No âmbito do Módulo - Relatório, inserido no Plano de Estudos do Curso, foi-me proposta a elaboração de um relatório reflexivo sobre a prática, com a finalidade de descrever e reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo do meu percurso formativo.

Este relatório torna-se uma mais-valia para a consolidação de conhecimentos, interligação entre a teoria e a realidade praticada e acima de tudo, é uma reflexão pertinente sobre a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Neste sentido, os objectivos traçados para este documento são:

- Reflectir criticamente sobre as actividades desenvolvidas, de forma a atingir os objectivos delineados e assim adquirir as competências chave;
- Reflectir sobre temáticas pertinentes na área de actuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria;
- Servir de instrumento de avaliação da Unidade Curricular.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conforme consta no nº2 do artigo 7º “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade, (...)”. Neste âmbito, o Curso foi organizado de forma a que no final do percurso formativo sejam atingidas as 29 competências descritas no Plano de Estudos, sendo que o Grau de Mestre será atribuído pela Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde do Porto a quem atingir três objectivos gerais: ‘Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de

especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria'; 'Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem' e 'Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades'.

Por forma a responder aos requisitos da frequência do curso o documento está dividido em três capítulos principais.

Inicialmente, é feita uma contextualização dos estágios, nos diferentes contextos da prática, com uma breve reflexão geral.

No segundo capítulo, é feita uma reflexão mais detalhada sobre os objectivos traçados, competências adquiridas e práticas realizadas, numa dinâmica organizacional por domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais descritos no REPE. Entenda-se que domínio de competência é *'uma esfera de actuação compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados'* (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

No terceiro capítulo é feita uma reflexão final sobre o cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediatria e respectivas funções do EESIP.

A metodologia utilizada na realização deste relatório é descritiva e reflexiva, apoiada em pesquisas bibliográficas, conhecimentos retirados da minha prática profissional e de conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Independentemente do contexto em que é realizado, o estágio é um momento que considero de extrema importância para o meu percurso formativo, pessoal e profissional, dando-me a possibilidade de ir ao encontro de experiências significativas que complementem a minha experiência profissional e formação, tal como intervir com o intuito de valorizar a ESIP.

O estágio proposto no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, encontra-se dividido em três módulos, correspondendo cada um à prestação de cuidados na área dos cuidados de saúde primários (Módulo I), internamento médico-cirúrgico em contexto de doença aguda ou crónica (Módulo II) e serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos neonatais (Módulo III).

O estágio referente ao Módulo I foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa III – Lisboa Central, sob orientação da EESIP Cristina Barata e orientação pedagógica da Mestre Zaida Charepe em colaboração com a Mestre Constança Festas, entre 26 de Abril e 18 de Junho de 2010, com duração de 180 horas de contacto.

Este estágio mostrou-se muito rico, permitindo-me ter um leque muito vasto de experiências, dadas as particularidades desta unidade A UCSPCJ, pela sua localização no centro da cidade de Lisboa, abrange um grande número de habitantes, mais todos aqueles que pela sua situação pessoal e/ou profissional se vêm obrigados a ela recorrer. Este tipo de população apresenta características muito específicas, que se tornam um desafio para a equipa de enfermagem, no entanto dado o reduzido número de elementos e a sua enorme rotatividade, nem sempre é possível responder a todas as necessidades.

A escolha deste local de estágio recaiu pela facilidade de acesso, dado que estava a desenvolver a minha actividade profissional no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão. Segue em anexo uma caracterização mais detalhada deste contexto (Anexo I).

Na UCIN do HSS realizei parte do estágio referente ao Módulo III. A minha escolha recaiu sobre esta unidade estar localizada no hospital da minha zona de residência. O estágio teve a duração de 90 horas de cuidados efectivos, sob orientação da EESIP Mónica Gomes, tendo decorrido de 27 de Setembro a 29 de Outubro de 2010 (Anexo II – Caracterização UCIN do HSS).

O facto da Urgência Pediátrica do HSJ ser uma referência a nível nacional, levou-me a escolher este local para a realização da segunda parte do estágio referente ao módulo III. O EESIP Nuno Oliveira foi o meu orientador, tendo a minha permanência no serviço a duração de 90 horas. O estágio decorreu no período de 2 a 26 de Novembro de 2010, com uma carga horária de 90 horas presenciais (Anexo III – Caracterização UPP do HSJ).

Para finalizar o meu percurso, realizei o estágio de Modulo II no Serviço de Pediatria do HPH, sob orientação do EESIP António Valadas e EESIP Arménia Relvas. Estágio foi uma mais-valia para o aperfeiçoamento e aprofundamento de competências na área de prestação de cuidados à criança com doença aguda e crónica, dada a minha anterior experiência profissional (Anexo IV – Caracterização Serviço de Pediatria HPH).

De acordo com o plano de estudos, o estágio teve duração de 750 horas de trabalho, das quais 540 horas foram destinadas ao contacto directo nos diversos contextos, e as restantes ao estudo individual.

A possibilidade de estagiar nestes diferentes contextos foi um privilégio, pois tive a oportunidade de complementar as minhas aprendizagens e, ao mesmo tempo, ter experiências únicas.

Algumas das experiências foram semelhantes às vivenciadas no meu percurso profissional. No entanto, muitas delas revelaram-se complementares e enriquecedoras.

A realidade experienciada em contextos de cuidados de saúde primários foi sem dúvida muito rica e desafiante. Deparei-me com um contexto pouco organizado em que faltava método de trabalho.

O capítulo que se segue é dedicado exclusivamente à descrição e reflexão em torno das actividades desenvolvidas.

### 3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O Guia de Estágio do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria define objectivos gerais e objectivos específicos, mais comumente designados por competências, sendo intenção final do curso que os alunos demonstrem ter adquirido as 29 competências definidas. Foi, pois, com este objectivo que me propus à realização deste Curso para adquirir as competências apropriadas ao cuidado de enfermagem à criança e ao jovem e suas respostas aos processos de vida e problemas de saúde enquanto alvo dos meus cuidados, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde deste grupo alvo.

Recentemente foi publicado em Diário da República o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no qual as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como decorrentes dos domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, *o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais* (RCCEE, 2011).

Em conformidade com a definição anterior e como Enfermeira de Cuidados Gerais, tenho experiência profissional de quase cinco anos de cuidado à criança e jovem com doença crónica em contexto de reabilitação. Dada a especificidade da minha actuação, reconheci a necessidade de *desenvolver competências clínicas especializadas* relativas a este campo de intervenção, pois só assim poderei *atingir níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão* adequados (RCCEE, 2011).

Dada a estruturação do Curso e a formulação das 29 competências, este capítulo está organizado pelos domínios descritos no REPE, de forma a facilitar a exposição do meu percurso.

A apresentação do meu percurso será baseada na adequação de cada competência a um dos domínios descritos e passará pela descrição das actividades desenvolvidas de forma a atingir os objectivos definidos. Sendo este um relatório reflexivo, em cada exposição de actividades será feita uma reflexão crítica sobre a prática.

Durante esta caminhada encarei as 29 competências como 29 pistas que me guiaram num percurso, nem sempre linear.

### 3.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Conforme o descrito anteriormente, inicio a minha exposição de actividades e respectiva reflexão pelo domínio da prestação de cuidados.

De acordo com a Versão Beta 2 da CIPE (1999), este é um tipo de acção interdependente com características específicas, englobando as acções de providenciar cuidados, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, e frequentemente associado à criação, estimulação e sustento.

Como uma arte e uma ciência, a prática de Enfermagem engloba aspectos físicos, intelectuais, emocionais, éticos, espirituais e sociais do cuidar. É baseada no conhecimento e envolve mais do que conhecimentos científicos e competências clínicas para atingir a excelência dos cuidados a todas as crianças sem olhar a raça, crenças, religião e nível sócio-cultural (Carvalho e Abreu, 2007).

É assim, seguro afirmar que a profissão de enfermagem se centra no conceito de cuidar. O código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, afirma o cuidado como finalidade no trabalho de enfermagem, que visa *'contribuir para o bem-estar e o bem viver, a que todas as pessoas têm direito'*.

O cuidado sempre existiu em todas as sociedades, pois sempre existiram pessoas que se dedicaram ao cuidado de outras pessoas. Cuidar é algo social, é uma atitude transmitida pela cultura, é um *'fermento essencial à vida e ao futuro do mundo'* (Hesbeen, 2004). Quando o cuidado é voltado para a criança esta exige por parte do enfermeiro toda a atenção, cuidado activo e dinâmico, envolvendo a família, que é o seu núcleo de suporte. Dispomos assim de mais oportunidades para o exercício da arte de cuidar.

Ao direccionarmos o olhar para a criança, vemos um ser incipiente na arte do viver, galgando os primeiros passos na direcção da auto-realização, o que o torna dependente do outro e o coloca em situação especial de crescimento e desenvolvimento, neste sentido, entendemos que as questões éticas adquirem uma dimensão de maior complexidade.

Foi, nesta linha de pensamento, que achei pertinente começar por escrever sobre a ética do cuidar em enfermagem pediátrica, seguindo-se a relação e comunicação. Ainda neste ponto serão abordados a metodologia científica e aspectos particulares de cada contexto.

#### COMPETÊNCIA ADQUIRIDA

*15 – Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.*



OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
	. As minhas decisões e práticas foram baseadas no Código Deontológico;
- <b>Prestar cuidados à criança/jovem e família baseada numa prática profissional e ética;</b>	. Participei na tomada de decisão em equipa; . Promovi o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, nas equipas de Enfermagem inserida; . Consultei a Convenção sobre os Direitos das Crianças (UNICEF, 1990);
- <b>Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos das crianças e famílias e as responsabilidades profissionais.</b>	. Promovi a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional e como aluna estagiária; . Promovi o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas da criança e família; . Utilizei, na minha prática de cuidados, o consentimento livre e esclarecido.

## REFLEXÃO

Ao cuidar da criança deve-se compreender seu mundo particular e as etapas da infância, de forma holística no que se refere à díade criança/família, tentando satisfazer as suas necessidades, independentemente da sua condição actual. Sendo a profissão de enfermagem baseada no acto de cuidar, o qual envolve um conhecimento profundo de nós próprios e o respeito pelos outros, todos os cuidados de enfermagem terão de seguir uma conduta ética, segura e responsável.

Considero que, ao longo do estágio e de toda a minha experiência profissional, mantive uma conduta segura, não tendo realizado actividades ou procedimentos dos quais não estivesse certa da sua execução. Mantive o respeito pela privacidade das crianças/ jovens e da sua família durante os diversos procedimentos, traduzido, muitas vezes, no simples gesto de puxar a cortina da unidade da criança, ou em caso de necessidade de procedimentos dolorosos, proceder à sua realização na sala de tratamentos de enfermagem, para que a criança se sentisse mais à vontade para exprimir a sua dor.

Tive sempre o cuidado de informar a criança/jovem ou família de todos os procedimentos que iria realizar, por mais simples que fossem, de forma a obter um consentimento livre e esclarecido, visto que *“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”*. *“As crianças têm o direito a*

*receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequados à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito*” (Jorge, 2004). No entanto, *“não existe qualquer distinção entre o consentimento oral e escrito, tratando-se de uma formalidade mas útil juridicamente como prova”* (Antunes, 1999).

Em pediatria, a competência legal para consentir é atribuída aos pais do *menor* ou ao representante legal. Dando consentimento ao médico para que realize no filho determinada tarefa, os pais comprovam que aquele não agiu de forma contrária à “vontade do filho”, vontade perscrutada e avaliada pelos progenitores. Tal como disposto no artigo 6º, *“capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei... A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização”*.

Para garantir a liberdade de consentir, o enfermeiro tem de respeitar a autonomia do doente, reconhecendo-o como um sujeito e não como um objecto (Coelho, 2011).

Mantive a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional e estagiária, transmitindo apenas a informação relevante para o processo de tratamento da criança e mantendo a confidencialidade da informação, que, por vezes, me foi depositada. Este facto acontece com muita frequência na UCSPCJ, onde é notória a procura por parte da população que muitas vezes, apenas pretende conversar com o enfermeiro sobre situações que, naquele momento, o estarão a preocupar. Aqui o Enfermeiro Especialista tem um papel preponderante como ouvinte do cliente podendo exercer, nele uma influência positiva.

Utilizando então, de forma sistemática, o processo de enfermagem, sou capaz de recolher e compilar dados relevantes que me tornem representante dos valores, crenças e preferências da criança e sua família. Desta forma, reconheço que *‘a enfermeira é a advogada do utente, devendo a sua decisão beneficiá-lo, bem como a sua família, e não ser a preferência da enfermeira.’* (Opperman & Cassandra, 2001)

Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, tive a oportunidade de trabalhar em parceria com a UNICEF, na sensibilização da população que frequenta a UCSPCJ. Esta sensibilização foi realizada no dia 1 de Junho de 2010, Dia Mundial da Criança, pretendendo alertar a população para os Maus tratos Infantis. Baseou-se na exposição de cartazes, alguns deles sobre os direitos das crianças, cedidos pela instituição, que foram afixados em vários pontos da estrutura física da unidade. Dado que esta sensibilização foi realizada apenas neste dia, os seus efeitos são muito difíceis de avaliar, no entanto, de forma informal, observei várias pessoas a ler os cartazes afixados (Anexo V – Organização e Dinamização do Dia Mundial da Criança).

Penso que, na minha prática diária, demonstrei respeito pelos direitos das crianças, *tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas* e pratiquei um exercício seguro, profissional e ético, compartilhando assim da perspectiva descrita no Caderno Temático, Modelo de Desenvolvimento Profissional, no qual

se realça que, com o aumento do número de enfermeiros especialistas no exercício, se impulsiona o cumprimento das regras de ética e deontologia ao munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de maior complexidade (OE, 2009).

De modo a conseguir dar respostas adaptadas às necessidades dos meus clientes de cuidados, necessitei de estabelecer uma relação terapêutica eficaz, que, como refere, Phaneuf (2005), para ajudar o doente, é necessário '*tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional*'. Neste sentido, segue-se uma pertinente reflexão em torno da competência 16.

#### COMPETÊNCIA ADQUIRIDA

*16-Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*

#### OBJECTIVO ESPECÍFICO

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

**- Desenvolver competências relacionais e estratégias de comunicação adequadas, face às diferentes etapas de desenvolvimento da criança / adolescente e família;**

- . Estabeleci uma relação empática adequada a cada situação;
- . Utilizei a relação terapêutica de forma assertiva;
- . Demonstrei capacidade de comunicação com crianças de diferentes idades e etapas de desenvolvimento;
- . Utilizei diferentes estratégias de comunicação.

#### REFLEXÃO

Do percurso realizado, considero que a comunicação é uma das competências mais importantes que, como enfermeira, necessitei de desenvolver e aprofundar, uma vez que comunicar constitui a base para o estabelecimento de uma relação de ajuda.

Muitos são os factores que influenciam o processo de comunicação. Esta, para ser bem sucedida, deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza. Isto implica o uso de técnicas de comunicação eficazes, incluindo saber ouvir (Hockenberry, 2006).

Na relação que se estabelece, existem 3 intervenientes, a criança, os pais e o enfermeiro. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidades para comunicar de forma eficaz com a criança e os pais. Embora os pais e as crianças sejam

intervenientes distintos, os relacionamentos com a criança são, maioritariamente, mediados pelos pais.

Na comunicação com crianças de todas as idades, os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes. É difícil disfarçar sentimentos, atitudes e ansiedade, sobretudo quando se trata de crianças. Elas são muito mais conscientes do ambiente em seu redor e atribuem significados a cada gesto e movimento feito, o que, nas crianças mais pequenas, isso é ainda mais evidente (Hockenberry, 2006).

A comunicação é um desafio constante, pois diariamente e em todas as situações é necessário ajustar a nossa forma de comunicação. Comunicar com uma criança de cinco anos é muito diferente de comunicar com uma de 10, e mais diferente se torna comunicar com as suas famílias.

Durante o estágio, consegui continuar a aprofundar e a desenvolver formas de comunicação com as crianças de diferentes idades, utilizando grande parte das directrizes de comunicação com a criança, descritas por Hockenberry (2006). Nesse sentido, dei tempo às crianças para se sentirem à vontade, não usei atitudes que possam ser julgadas como ameaçadoras, falei em primeiro lugar com os pais enquanto a criança se ambientava ao espaço e se dissipava a timidez e usei frequentemente objectos de transição, como bonecas e peluches, antes de fazer uma pergunta directamente à criança.

No que se refere à minha postura como interlocutora, tentei usar sempre uma posição de igual para igual. Falei com voz calma, sem pressa e confiante, usei palavras claras e frases curtas, tendo um discurso simples, e acima de tudo, tentei sempre ser honesta com as crianças.

Em lactentes, como não é possível o uso da comunicação verbal, é necessário recorrer à comunicação não-verbal que passa, muitas vezes, pelo toque, sendo este, uma forma de comunicação muito favorecedora, que acalma o bebé e o conforta.

Ainda referente à comunicação não verbal, gostaria de salientar que, ao cuidar de crianças, torna-se ainda mais imprescindível aprender a reconhecer e interpretar as suas manifestações não verbais para melhorar a comunicação e a relação com elas, concordando assim com Collière (1989) ao referir que *'para descobrir, escutar e compreender o que nos dizem (...) é necessário reaprender a ver'*, sendo que reaprender a ver consiste em *'reaprender a comunicação não verbal; é a capacidade de descobrir toda a multiplicidade de pequenos sinais que nos transmitem (...)'*.

De forma a facilitar a cooperação das crianças e família, em todas as situações, expliquei o procedimento que iria realizar, mesmo que fosse uma simples avaliação da temperatura. No entanto, com as crianças mais pequenas é muito frequente ser necessário exemplificar o procedimento no seu brinquedo favorito. Várias vezes coloquei pensos nas Barbies, ou o termómetro no Super-homem, o que permitiu a que a criança aderisse com maior facilidade ao nosso cuidado.

Embora os pais e as crianças sejam indivíduos separados e distintos, em geral, os relacionamentos com as crianças são mediados pelos pais, sobretudo nas crianças mais novas, o que fez com que os meus ensinamentos fossem primordialmente dirigidos aos cuidadores.

No entanto, os adolescentes estão mais dispostos a colaborar se falarem das suas preocupações como um adulto fora da família. Nesta situação, os pais tornaram-se colaboradores nos cuidados de saúde.

Qualquer que seja a técnica de comunicação utilizada, pode trazer inesperadamente sentimentos fortes, para os quais, como futura EESIP, considero que é muito importante saber lidar ou reconhecer que estes estão para além da nossa capacidade.

Em conformidade com esta reflexão, o Enfermeiro Especialista surge agora como capaz de dar respostas adaptadas a situações de complexidade, urge reflectir sobre a metodologia de trabalho e processo de enfermagem. Para que tal se processe, é necessário conhecer a dinâmica organizacional de cada contexto, tal como conhecer e estar integrada na equipa multiprofissional.

### COMPETÊNCIA ADQUIRIDA

*17-Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- **Conhecer a estrutura física e os recursos humanos e materiais dos contextos de estágio, bem como, a sua dinâmica organizacional, funcionamento e plano de actividades.**
- **Conhecer mecanismos de articulação de cada contexto com os restantes serviços e de outras Instituições da comunidade.**

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- . Visita guiada a todos os serviços;
- . Apresentação aos diferentes elementos da equipa multiprofissional;
- . Leitura das normas e protocolos existentes em cada contexto;
- . Conversa informal com os diversos orientadores sobre as dinâmicas organizacionais dos serviços;
- . Compreendi a articulação dos diversos contextos de estágio com os diferentes serviços da mesma instituição e instituições de apoio;
- . Realizei visita ao Hospital Dona Estefânia, sendo uma das instituições de articulação com a UCSPCJ;
- . Realizei encaminhamento de uma adolescente grávida para as consultas de gravidez de risco da Maternidade Alfredo da Costa;
- . Colaborei na elaboração de um relatório para sinalização de uma criança em risco e participei na interligação da UCSPCJ com a Comissão de Protecção de Menores;
- . No serviço de pediatria do HPH, compreendi e utilizei os ficheiros de partilha entre as diversas instituições integrantes da ULSM;

. Participei no transporte de crianças e jovens e respectiva articulação com o BO e para a realização de ECD;

## REFLEXÃO

É de crucial importância, para o bom desempenho em estágio, que seja feita uma visita para conhecer a estrutura física dos serviços. Por si só a adaptação é complicada, pior seria se não houvesse uma apresentação.

No que se refere à articulação da UCSPCJ com a Maternidade Alfredo da Costa, ou outros Hospitais da zona de Lisboa, considero que a mesma é eficaz, sendo que todos eles enviam para a Unidade a ficha de nascimento. Em colaboração com a Enfermeira Cristina Barata, para realização de um poster sobre a articulação, realizei a colheita de dados de todos os RN inscritos na Unidade que lá efectuaram o diagnóstico precoce. Da reunião destes dados, saliento que os hospitais privados são aqueles que enviam a nota de nascimento com menor frequência e que existe uma preocupação real por parte da EESIP em confirmar que todos os RN sinalizados na Unidade realizam o diagnóstico precoce. Neste sentido, todas as notas de nascimento eram arquivadas e se, ao final de sete dias, não viesse à Unidade realizar o diagnóstico precoce, a família é contactada telefonicamente. Achei ainda pertinente o facto de uma das visitas domiciliárias realizadas ter devido a não ser possível contactar a família e curioso foi o facto de que a morada era do local de trabalho da mãe do RN. Em conversa informal com a Enfermeira Orientadora, esta referiu que era muito frequente este tipo de situações dado que a maioria das mães quer que os filhos nasçam na Maternidade, e como geralmente são estrangeiros ou residentes fora da região de Central de Lisboa, dão moradas erradas. Este é então mais um facto que leva a que na Unidade existam dados falsos, dificultando assim a actuação dos escassos meios que a unidade dispõe.

Em relação aos outros contextos a articulação baseia-se nos restantes serviços da mesma instituição e nos serviços para a realização de exames complementares de diagnóstico, com a excepção do serviço de pediatria do HPH, que, sendo um serviço integrante da ULSM, dispõe de uma área de partilha de informação entre os diferentes serviços do hospital e os cuidados de saúde primário. Na minha opinião, é de extrema importância e uma mais valia existir partilha de informação entre prestadores de cuidados de saúde, podendo assim, perceber integralmente a história clínica do cliente.

Considero assim, que em todos os contextos, fui capaz de me integrar na dinâmica organizacional de cada serviço, de tal forma que trabalhei, adequadamente, junto da equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

A reflexão que se segue, no domínio da prestação de cuidados refere-se à aquisição de um grupo de competências, as quais expus em separado para facilitar a sua compreensão, dado

que a actuação teve pontos bastante diferentes. Deste modo, a descrição será feita por ordem cronológica.

### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

*2-Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*

*4-Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;*

*5-Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*

*7-Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;*

*8-Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*12-Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;*

*13-Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*14-Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*

*19-Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

<b>Prestar Cuidados Específicos, em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Realizei 62 consultas de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>. Avaliei os parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil de acordo com as idades chave em todas as consultas;</li> <li>. Realizei ensinamentos informais de acordo com os cuidados antecipatórios adequados a cada criança;</li> <li>. Realizei vacinação a 98 crianças de diferentes idades de forma a dar cumprimento ao PNV;</li> </ul>
<b>- Transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil-juvenil.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Realizei 150 convocatórias a crianças em idade pré-escolar, com PNV em atraso;</li> <li>. Realizei 12 diagnósticos precoces a RN;</li> <li>. Realizei ensinamentos informais, como reforço da importância do papel parenteral;</li> <li>. Participei em 4 visitas domiciliárias à criança / família;</li> <li>. Organizei o espaço físico e a dinâmica das consultas de Saúde Infantil e Juvenil;</li> </ul>

- . Criei um Manual de Procedimentos da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil;
- . Organizei e seleccionei os folhetos informativos, para suporte às consultas de Saúde Infantil e Juvenil;
- . Organizei o espaço e convoquei crianças para a realização dos Exames de Saúde Globais e rastreio da visão;

## REFLEXÃO

Os enfermeiros que trabalham com a população pediátrica em contexto comunitário têm um contributo imprescindível na promoção do crescimento e desenvolvimento saudável de todas as crianças. Para tal, é importante que consigam dar uma resposta eficaz na vigilância da sua saúde, assente num método de trabalho eficaz.

Ao iniciar o meu percurso na UCSPCJ, deparei-me com um contexto, onde existia falta de metodologia científica no cuidado à população pediatria. Não existia uma consulta de Saúde Infantil e juvenil propriamente dita. A vigilância do crescimento e desenvolvimento era feito apenas a algumas crianças com consulta marcada para o médico de família e o registo dessa observação era feito numa simples tabela, com pouco mais do que o registo dos dados antropométricos.

Inicialmente foi difícil entrar nesta dinâmica, mas aos poucos entendi que a falta de recursos e a não adesão da população à vigilância de saúde dos filhos na unidade levaram a esta organização sem metodologia. No entanto, dada esta situação, achei que seria muito desafiante propor-me à organização das consultas. Comecei por tentar compreender a dinâmica seguida pela EESIP responsável pela consulta, em que esta se baseava única e exclusivamente na relação empática que estabelecia com os cuidadores, dado que exerce funções naquela unidade há mais de 10 anos.

Comecei, então, por elaborar um Manual de procedimentos da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e respectivas fichas de consulta segundo as fichas de desenvolvimento de Mary Sheridan. (Anexo VI).

Elaborei também cartões de consulta (Anexo VI), que são entregues aos cuidadores na primeira ida à unidade, geralmente para realização do diagnóstico precoce, com a marcação da consulta de enfermagem para o primeiro mês de vida, tentando-se que coincida com a data da consulta com o médico assistente e assim evitar que falem. Também é feita a tentativa de que a consulta seja em data para administração das vacinas do PNV. Desta forma, tentei então introduzir uma metodologia mais eficaz na vigilância e promoção de um desenvolvimento e crescimento saudável da população infantil e juvenil que abrange a UCSPCJ.

Da minha prestação de cuidados antes e depois da implementação deste Manual e respectivas fichas, considero que, a existência de um fio condutor que medeia a consulta, facilita e evita erros, reconhecendo *‘que a produção de guiões orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade da excelência profissional dos enfermeiros’* (OE, 2005).



Após esta reestruturação, considero que foi muito mais fácil realizar as consultas de saúde infantil e juvenil, que se realizavam maioritariamente à Segunda e Quarta-Feira à tarde e Terça e Quinta-Feira da parte da manhã. No total, participei em 62 consultas, das quais 44 sem as fichas de consulta. A aplicação das fichas de consulta veio trazer uma melhor metodologia e um suporte que me conferiu mais segurança na realização da consulta, uma vez que no decorrer da consulta, à medida que a ficha era preenchida surgia sempre o próximo item a abordar.

A minha permanência na sala de vacinação permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos do PNV e realizar vacinação a pelo menos 98 crianças. Desta experiência, considero que o enfermeiro tem um papel primordial na promoção do cumprimento deste plano e acompanhamento da situação vacinal da população, sendo que, sempre que são detectados atrasos, deve intervir para que este se cumpra. Ao longo do estágio, pude realizar o diagnóstico do cumprimento do PNV para as crianças com 5 anos, havendo necessidade de realizar 150 convocatórias, das quais compareceram, na unidade, durante a minha permanência, 56 das crianças convocadas, o que comprova que a nossa acção sortiu efeito.

Uma das problemáticas da população abrangente desta unidade é o facto de existirem muitos estrangeiros inscritos e vários utentes com inscrição esporádica, o que leva a dados que nem sempre correspondem à verdade. Considero que a realização de um diagnóstico de situação detalhado seria importante para a normalização e adequação dos dados, de forma a poderem ser planeadas acções mais assertivas que fossem ao encontro das verdadeiras necessidades desta população tão diversificada.

Se mais tempo passasse nesta Unidade de Saúde, mais ideias e mais trabalhos me propunha a realizar, sendo que deixei como sugestão elaborar um manual de orientação para os cuidados transculturais.

OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
<p>- <b>Desenvolver competências na assistência ao RN de alto risco;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Prestei cuidados a 13 RN dos quais 6 de alto risco e 7 de risco intermédio, seguindo uma metodologia científica;</li> <li>. Promovi a participação dos pais na prestação de cuidados, sempre que a condição clínica do RN o permitia;</li> <li>. Promovi o uso do Método Canguru;</li> <li>. Realizei a admissão a 2 RN, tendo a possibilidade de os acompanhar no transporte do núcleo de partos até à unidade;</li> <li>. Colaborei na transferência dos RN, para a unidade de internamento do HSS;</li> </ul>

## REFLEXÃO

Cuidar em neonatologia exige muita perícia e segurança na actuação. O trabalho em equipa é fundamental, principalmente no momento de admissão do RN, onde é necessário a realização

de várias intervenções, praticamente, ao mesmo tempo de forma a não colocar a estabilidade do RN em risco. Pude participar na admissão de 2 RN e embora considere que a equipa da UCIN do HSS esteja em reestruturação, dada a perda de alguns elementos e a integração de um novo, no momento da admissão agiram em equipa e em prol do bem-estar do RN, colaborando todos no seu cuidado.

A esmagadora maioria dos internamentos devem-se à prematuridade. Dos 13 RN que cuidei, 10 eram RNPT, dois eram gémeos e um deles apresentava patologia cardíaca.

A minha experiência em neonatologia, resumia-se a uma semana de observação, na UCIN, do Hospital de São Teotónio, E.P.E. em Viseu, referente ao estágio da Licenciatura. Desde essa altura que sempre achei surpreendente o cuidar neste contexto. Foi neste estágio que senti maior dificuldade na prestação directa de cuidados, pois considero que é realmente importante ter muita perícia e segurança na actuação pois é um contexto muito específico.

Da minha prestação de cuidados na UCIN, gostaria de reflectir acerca da importância do acolhimento dos pais e na promoção da parentalidade. Assim, considero que é de extrema importância permitir, logo que possível a visita dos pais ao RN, pois ver o seu filho e o contacto com o mesmo ajudam a aliviar o stress, sentido pelo filho idealizado estar internado e promove a vinculação (Tamez e Silva, 2002).

Durante a minha estadia neste contexto apercebi-me que vários pais não conhecem as competências que os seus filhos possuem e isso dificulta a sua interacção com eles. Na tentativa de colmatar esta dúvida, os mesmos foram além de incentivados a tocar no seu bebé e a falar com eles. Criei um folheto sobre as competências dos RN (Anexo VII), pois para *'compreender o seu comportamento é obrigatoriamente necessário ter conhecimentos sobre as suas capacidade de receber e transmitir informação'* (Borges. 2001).

É também imprescindível que na primeira visita se explique a dinâmica da unidade e sempre que possível deve ser entregue o guia de acolhimento, uma vez que dada a situação de stress, a informação que damos verbalmente é em parte perdida. Neste sentido, propus-me à realização de um guia de acolhimento aos pais dos RN internados na UCIN do HSS. No entanto, e embora não esteja em utilização, já existe um guia elaborado pelas enfermeiras do serviço, que aguarda autorização da administração para ser aplicado.

A promoção da amamentação é uma preocupação que partilhei com a equipa da UCIN, onde sempre que possível as mães eram incentivadas a retirar e a armazenar leite para ser administrado ao seu filho sempre que possível. Todas elas compreendiam a vantagem do filho ser alimentado com o seu leite e colaboravam neste cuidado. A maioria dos RN, dada a sua imaturidade, eram alimentados por SOG, até estarem hemodinamicamente preparados para iniciar alimentação ao seio materno. Nas situações possíveis acompanhei as mães na primeira mamada ao seu filho, pois todas elas demonstraram insegurança e a presença contínua de uma enfermeira ajuda a dissipar esse medo e permite que todas as dúvidas sejam esclarecidas imediatamente.

A promoção da parentalidade e vinculação surgiu na maioria das situações, sendo que em vários casos, incentivei a mãe e também o pai a realizar o método canguru, sendo fascinante

observar as repercussões que este teve no RN, com baixa da FC, FR, no sono e fácies tranquilo, sendo que mesmo nos pais se verificou que ficaram muito mais tranquilos ao poderem estar com o seu bebé tão próximo.

OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
- <b>Desenvolver na assistência à criança / jovem e família em estado crítico e em situações de urgência.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Prestei cuidados a crianças, jovens e família em contexto de urgência;</li> <li>. Desenvolvi competências no âmbito da triagem, utilizando 'Canadian Pediatric Triage and Acuity Canadian Scale';</li> <li>. Realizei triagem a mais de 50 crianças;</li> <li>. Colaborei no transporte de crianças para a realização de ECD no HSJ;</li> <li>. Colaborei na transferência de crianças para o serviço de pediatria;</li> <li>. Elaborei cartas de transferência para crianças que seriam internadas nos diversos hospitais da zona do Porto;</li> </ul>

## REFLEXÃO

Cuidar num serviço de urgência obriga a um conhecimento abrangente dado que são várias situações que a ele recorrem, quer ao nível dos vários sistemas do organismo, quer seja nas diferentes idades ou até mesmo por outras diversas variáveis. Daí que é imprescindível que os enfermeiros que integram estas equipas sejam enfermeiros treinados e com formação específica.

Inicialmente, dado que é um ambiente desconhecido e que a minha experiência profissional é ao nível da reabilitação, senti-me um pouco apreensiva e na expectativa de que situações iriam surgir e se seria capaz de actuar em conformidade, no entanto logo me fui integrando na equipa e esse 'friozinho' na barriga foi passando a pouco e pouco.

O Sistema de triagem usado neste contexto era em tudo uma novidade, uma vez que o único sistema que tinha tido breve contacto era com o Sistema de Triagem de Manchester. Contudo, o 'Canadian Pediatric Triage and Acuity Canadian Scale', é sem dúvida um sistema de fácil utilização e adequado à população pediátrica.

Este sistema canadiano de triagem foi criado em 1990 e a partir desta escala é criada uma escala apropriada as crianças. A escala pediátrica é baseada na avaliação de parâmetros fisiológicos (triângulo de avaliação pediátrico e avaliação dos sinais vitais) e usa sintomas complexos para assinalar qual o nível de triagem e tem em consideração cinco níveis que correspondem as cores (Gouin, 2005).

Após ter realizado várias vezes triagem utilizando este sistema, considero que este é prático e que nos dá uma avaliação real da situação da criança, todavia continua a ser imperioso que o

enfermeiro que realiza triagem seja um EESIP e experiente na área, pois senti que há uma necessidade de um olhar clínico muito atento que só a experiência e a prática pode conferir. Em contexto de urgência não recolhi dados tão específicos sobre os diagnósticos clínicos, dado que é possível depreender que as doenças do foro respiratório e gastrointestinal, são aquelas que levam os pais recorrer à UPIP. A justificação deste facto é idêntica à descrita seguidamente para o internamento, visto ter decorrido no mês de Novembro, um mês frio e com condições atmosféricas que justificam estas alterações, corroborando com a afirmação de Honckenberry (2006) que refere que a maioria dos atendimentos em populações pediátricas deve-se a infecções respiratórias, sendo que os problemas dermatológicos, transtornos gastrointestinais e traumas respondem pelos restantes casos.

Uma das situações que prejudica a prestação de cuidados em urgência é o facto de a maioria dos casos que a ela recorrem não serem realmente casos urgentes. No entanto é legítima a preocupação dos pais com o agravamento da situação do filho. Isto atrasa a actuação médica e também a de enfermagem, dada a elevada afluência a este serviço. Embora tenha encontrado turnos caóticos, com inúmeras horas de espera, considero que a equipa de enfermagem é organizada dando uma resposta eficaz em todas as situações.

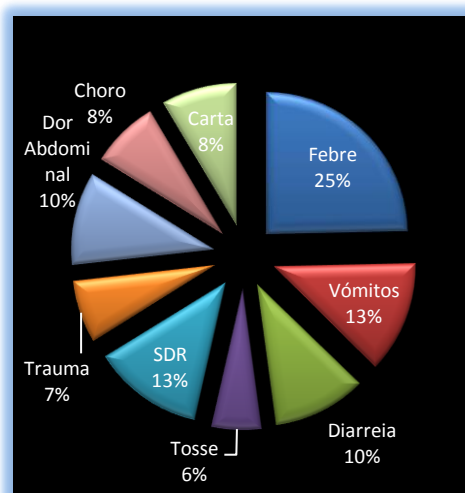
Na tentativa de evitar que surgisse a ida em massa ao serviço de urgência, foi criada a UPIP, Urgência Pediátrica Integrada do Porto, que tenta garantir os melhores cuidados à criança e ao adolescente em caso de doença aguda, através de um serviço, em rede, célere e eficiente.

Nesta rede, os Centros de Saúde, SASU e Hospitais, trabalham em equipa, de forma a oferecer à criança e ao adolescente com doença aguda, um atendimento rápido e seguro. O objectivo desta rede seria também a diminuição dos tempos de espera e diminuir o número de casos não urgentes que recorrem ao serviço de urgência. Na prática os efeitos da criação desta rede integrada, são reduzidos. Os pais continuam em larga escala a dirigir-se em primeiro lugar ao serviço de urgência, aumentando assim os tempos de espera na UPIP. Ainda se verificam algumas situações reencaminhadas dos CS e SASU, mas numa percentagem reduzida, de acordo com os dados que recolhi e como mostra o gráfico 1, apenas 8% das crianças foram encaminhadas para a UPP com carta.

Frequentemente ocorrem situações de traumatismos por atropelamentos, resultando fracturas diversas. Tive a possibilidade de colaborar e realizar várias imobilizações em plano duro, e em nenhuma das situações se verificou risco maior.

Dado o estágio ter decorrido num mês frio, foi gradual a observação de casos de queimaduras por fogo (lareira) ou por aquecedores. Nestes casos, realizei o penso com técnica asséptica e

**Gráfico 1** Focos Enfermagem - UPP



em todas as situações foi tido em consideração o controlo da dor, havendo mesmo uma situação em que a criança, com queimaduras de segundo grau, definidas por Hockenberry (2006) por queimaduras de espessura parcial, nas mãos ficou internada em Obs. única e exclusivamente para controlo da dor, pois este é o sintoma predominante neste tipo de queimaduras. Considero de extrema importância este cuidado tido por toda a equipa e embora este caso não tenha sido extremamente grave é frequente que haja necessidade de algum tipo de sedação e analgesia.

Não tive possibilidade de participar ou observar a prestação de cuidados à criança ou jovem em situação emergente, mas de forma a colmatar este facto, pedi autorização ao Enf.º Chefe Francisco Mendes, que me permitisse realizar um turno extra de observação na UCIP, onde observei a admissão de um jovem com diagnóstico de TCE resultante de um atropelamento e a admissão de um lactente com cerca de 10 meses com patologia cardíaca. Considero que este turno foi muito benéfico para compreensão da organização da equipa em contexto emergente e na sua colaboração com os médicos na monitorização dos parâmetros por meios invasivos, nomeadamente PIC, linha arterial, CVC entre outros procedimentos. Neste contexto a equipa além de ser muito experiente, é maioritariamente constituída por enfermeiros especialistas que têm que dominar a técnica.

Para finalizar esta reflexão e indo ao encontro da ideia de Liberado, (2004), considero que os enfermeiros na urgência devem ter a capacidade de tomar decisões com rapidez e eficiência, estabelecendo prioridades e avaliando constantemente o plano de intervenção e a reacção do cliente alvo dessa mesma planificação.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
<p>- <b>Desenvolver Cuidados de Enfermagem à criança / Jovem e Família utilizando a metodologia científica;</b></p> <p>- <b>Promover a parceria de cuidados junto das famílias.</b></p>	<p>. Prestei cuidados à criança, jovem e família em situação de doença aguda e crónica;</p> <p>. Prestei cuidados a criança, jovem e família em contexto cirúrgico;</p> <p>. Promovi a parceria de cuidados;</p> <p>. Recolhi dados, planeei cuidados, executei e avaliei os cuidados executados;</p> <p>. Realizei ensinamentos informais a pais e crianças em todas as situações adequados às necessidades expressas;</p>

## REFLEXÃO

Às crianças internadas no serviço de pediatria do HPH, apliquei o processo de enfermagem na sua totalidade a 20 crianças/família, uma vez que as acolhi no serviço, mostrei a estrutura física do mesmo e expliquei o seu funcionamento, realizei a colheita de dados inicial, tendo

como fonte de informação o cuidador, maioritariamente a mãe. Para estas mesmas crianças planeei e executei cuidados, tal como avalei a adequação dos mesmos após a sua aplicação.

Dos dados recolhidos, posso referir que no serviço de pediatria cuidei no total de 108 crianças. Todavia, a reflexão que se segue reflecte-se apenas em 46, uma vez que apenas para estes consegui reunir os dados suficientes, através da impressão do plano de cuidados diário. Segue em anexo os dados recolhidos (Anexo VIII).

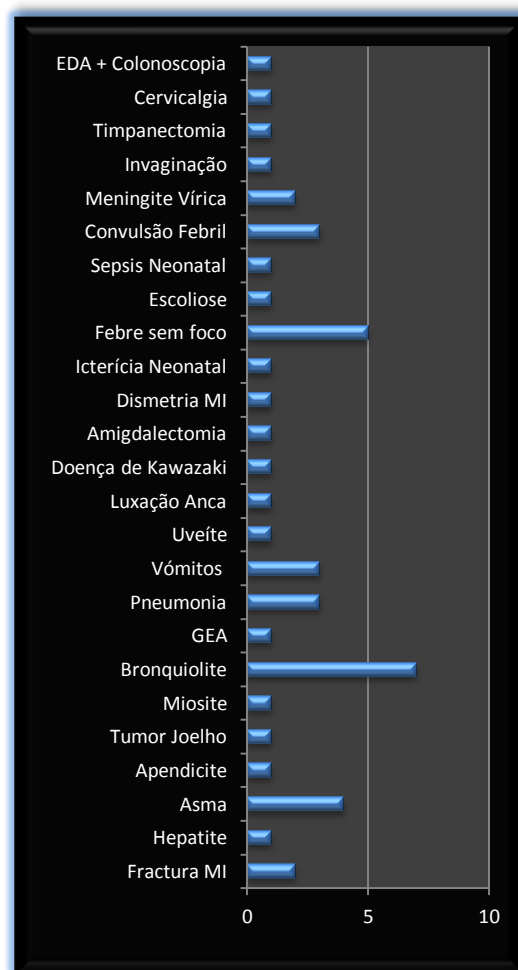
Os diagnósticos clínicos mais frequentes, foram a bronquiolite, a febre sem foco e asma. Convém ressaltar que convulsão febril, vômitos e pneumonia são também diagnósticos bastante frequentes, tal como nos mostra o gráfico 2.

É de salientar que o estágio decorreu nos meses de Dezembro e Janeiro, meses frios, que são propensos ao aumento das doenças do foro respiratório, o que é comprovado com os resultados que obtive e que vêm de encontro à afirmação de Hockenberry (2006), que nos referem que a asma relacionada à infecção, ocorre com maior frequência durante o tempo frio, enquanto o inverno e a primavera são tipicamente 'estações do VSR'. Das 7 bronquiolites identificadas, 5 foram causadas pelo vírus sincicial respiratório, o que levou à necessidade de intervenções ajustadas devido à necessidade de isolamento para prevenção de contágio.

Hockenberry (2006) refere que os enfermeiros usam de um modo sistemático um método de resolução de problemas - o processo de enfermagem - para resolver problemas maioritariamente clínicos, pois consegue compilar os dados fisiológicos e psicossociais pertinentes, onde avalia os valores relevantes, e incorpora os dados num plano de cuidados. Foi, neste sentido, que, ao longo do meu percurso, acolhi inúmeras crianças, realizei a colheita de dados, tendo como fonte de informação o cuidador, maioritariamente a mãe.

Achei que seria mais oportuno falar em parceria de cuidados nesta reflexão, uma vez que é no serviço de pediatria do HPH que este modelo é aplicado na íntegra. Não quero com isto dizer que nos outros contextos a parceria não fosse promovida e que os pais não fizessem parte integrante da minha actuação, mas este é o contexto em que é mais evidente a sua participação. Enquanto, em Neonatologia os pais são convidados a participar nos cuidados ao

**Gráfico 2:** Diagnósticos Clínicos - Serviço de Pediatria HPH



filho no momento das visitas, no serviço de pediatria os pais permanecem 24h e participam activamente na maioria dos cuidados prestados sendo um elemento activo no tratamento.

Em concordância com a autora, Mano (2002), refere que os *enfermeiros de saúde infantil e pediatria devem ter a preocupação de, para além de cuidar da criança, desenvolver capacidades que lhes permitam trabalhar com a família, de uma forma sistemática*, delineei o objectivo acima referido, de maneira a desenvolver na minha prática esta capacidade de incluir os pais nos cuidados efectivos aos filhos em situação de doença.

A Parceria de Cuidados é definida por Keatinge e Gilmore (1996) cit in Mano (2002), como a 'formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados. É sustentada fundamentalmente por crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados (Casey, 1993).

É de grande importância utilizarmos todas as nossas aptidões comunicativas a fim de interpretarmos correctamente, tanto as mensagens verbais como não verbais dos pais, de modo a que estes possam intervir e apoiar quando necessário.

No sentido de minimizar a situação de fragilidade emocional dos pais, provocada pela separação da criança e promover a interacção pais/criança, a implementação do Modelo de Anne Casey é favorável ao estabelecimento de laços afectivos, promovendo a normalidade da unidade familiar. Ferreira (2004) refere que *“este modelo permite um crescimento emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar.”*

Deve ser explicado aos pais, que apesar da fragilidade da criança, esta fornece indicadores relativamente aquilo que lhe agrada ou não. Os pais são os melhores observadores da criança neste sentido. Assim, os pais serão inicialmente encorajados a permanecer junto da criança e interagir com ela e por último a prestar-lhe cuidados. Casey (1993), refere que *“para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor.”* Sendo assim, facilmente se entende que os pais, são quem melhor presta estes cuidados.

A preparação para a alta inicia-se no momento da admissão da criança, o que está subjacente a este modelo, uma vez que ao envolver os pais nos cuidados, estaremos a contribuir para a segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados durante o internamento e posteriormente em casa.

Para tentar colmatar dúvidas que possam surgir após a alta e de conseguir chegar até a um maior número de pais, foi feita uma proposta de projecto 'Somos Papás... E agora??', que consiste na criação de uma caixa de dúvidas e um email, onde os pais teriam acesso a colocar todas as suas dúvidas. A caixa seria usada na sala dos lactentes, para os RN internados e o email para colocarem dúvidas após o momento da alta (Anexo IV – Descrição do Projecto 'Somos Papás! E Agora?'). Este foi um projecto que não foi concretizado na totalidade, uma vez que haveria a necessidade de continuação do projecto, o que poderia não ser viável, na ausência de enfermeiros estagiários em ESIP. No entanto, foi feita a proposta que será levada a conselho para no futuro ser um projecto a nível da ULSM.

A todas as crianças que cuidei, nos diferentes contextos, interpretei os dados colhidos, de forma a tomar decisões baseadas nas evidências e a identificar o problema real, o risco ou a ausência de problema ou alteração susceptível aos cuidados de enfermagem, utilizando uma metodologia científica, baseada em evidências que nos demonstram que em pediatria os pais são elemento efectivo na prestação de cuidados à criança.

Hockenberry (2006) refere que os enfermeiros usam de um modo sistematicamente um método de resolução de problemas - o processo de enfermagem - para resolver problemas maioritariamente clínicos, pois este consegue compilar os dados fisiológicos e psicossociais pertinentes, avaliando os valores relevantes e incorporando os dados num plano de cuidados. Tomando em consideração o que os autores descrevem como sendo o processo de enfermagem desenvolvi a minha prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio.

OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
- <b>Desenvolver competências no âmbito da Educação para a Saúde à criança/ jovem e família;</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Realizei 2 sessões de educação para a saúde formais, na UCSPCJ, a pais sobre prevenção de acidentes;</li> <li>. Desenvolvi, em parceria com a UCSPCJ, o Projecto 'Crescer na Freguesia de S. José';</li> <li>. Realizei uma sessão de educação para a saúde em contexto comunitário na Junta de freguesia de S. José;</li> <li>. No serviço de Pediatria do HPH, realizei uma sessão de educação para a saúde a pais e crianças sobre higiene oral;</li> <li>. Planifiquei, desenvolvi e avaliei as sessões realizadas.</li> </ul>

## REFLEXÃO

Uma das acções do enfermeiro passa pela promoção da saúde e mais importante se torna quando a nossa população alvo é a população pediátrica.

O EESIP em contexto de cuidados de saúde primários tem uma posição privilegiada, podendo actuar na comunidade e apostar na prevenção e promoção de hábitos de vida saudáveis.

Dada a população pediátrica, ser uma população com características muito específicas, cabe ao enfermeiros agir inicialmente sobre os seus cuidadores, promovendo uma parentalidade saudável e mais tarde trabalhando a resiliência das crianças.

Foi de encontro a este pensamento que, após conversa informal com a Enfermeira Orientadora, foi decidido que semanalmente, ou sempre que houvesse uma maior afluência às consultas de saúde infantil, seria realizada na sala de trabalho uma sessão de educação para a saúde. Os temas definidos para as diferentes sessões foram: a prevenção de acidentes; introdução de novos alimentos; alimentação saudável; vigilância de saúde infantil e febre. Neste sentido e de acordo com o planeado, a primeira sessão, realizou-se no dia 28 de Abril de 2010 e abordou a prevenção de acidentes domésticos (Anexo X). Dado que a sessão se realizou poucos dias após ter iniciado o estágio a organização da mesma não ficou totalmente



como eu desejaria, mas o facto de ter experiência como formadora, também nesta área, facilitou em muito a dinâmica da sessão. Na sessão estiveram presentes 4 pais de crianças com idades compreendidas entre os 15 dias e os 2 anos. Após o término da sessão foi feita avaliação da sessão onde a maioria dos pais classificou a mesma como boa e pertinente para o seu dia-a-dia. Foi uma sessão em que os pais estavam despertos para a problemática e foi interessante mediar a troca de experiências e de 'truques' que cada pai utiliza na promoção da segurança do seu filho em casa. No dia 15 de Maio de 2010 voltei a repetir a mesma sessão dado que os pais pediram que fosse este o tema a ser abordado e porque os seus filhos tinham todos idade superior a 12 meses e já tinham iniciado a alimentação diversificada.

Nesta unidade, havia já em curso um projecto 'Crescer na Freguesia de S. José', no qual me foi proposto a participação. Aceitei mais este desafio, pois este projecto era baseado na realização de sessões de educação para a saúde na comunidade. Estas sessões seriam realizadas na sede da junta de freguesia de S. José e contaria com a presença dos pais convocados pelas assistentes sociais da junta e de todos os pais que quisessem participar. Os temas já estavam definidos pelos diversos intervenientes e seriam os mesmos escolhidos para as sessões de educação na unidade. Preparei todas as sessões (Anexo XI) para as datas previamente estipuladas. No entanto, por diversas situações, as datas foram sendo alteradas e frequentemente adiadas o que levou a que eu tenha conseguido apenas ser moderadora de uma das sessões. A sessão realizou-se no dia 9 de Junho de 2010 na Sede da Junta de Freguesia de São José e contou com a presença de 8 mães e uma criança de 5 anos, onde foi abordado o tema da alimentação saudável. (Anexo XI). Foi também uma sessão bastante interessante e um momento rico na troca de experiências entre pais.

No estágio realizado no serviço de pediatria do HPH, realizei ainda uma sessão sobre higiene oral (Anexo XII – Sessão de Educação para a Saúde - Saúde Oral). Este tema surgiu por dois motivos: dar continuidade ao trabalho realizado pela Marta Machado, Aluna Estagiária do meu Curso, que realizou formação para Enfermeiros que eu complementei com formação a pais e crianças; e ao facto de em duas semanas, tendo em conta, apenas a avaliação do foco da parentalidade, independentemente da patologia ou idade da criança, existirem seis (num total de 12 avaliações) alterações do conhecimento sobre higiene oral.

Esta sessão foi realizada no dia 25 de Janeiro de 2011, na sala de brincar do Serviço de Pediatria do HPH, pelas 11h30, tendo comparecido à sessão cerca de 12 crianças, com idades compreendidas entre os quatro e os 14 anos, acompanhados pelo respectivo cuidador.

A sessão foi principalmente dirigida às crianças, tendo sido feita a exposição do tema de uma forma simples, clara e que permitisse a intervenção das mesmas. No entanto, dado que o grupo era muito heterogéneo, fiquei com a sensação de que esta foi muito incompleta para as crianças com mais de 10 anos, embora quando questionados referiram não ter dúvidas e que gostaram da sessão. Algumas das crianças presentes referiram também já ter recebido formação sobre este tema na escola.

Pessoalmente, gostaria de acrescentar que, embora seja uma mais-valia que este tipo de sessão possa ser desenvolvida, num contexto de doença aguda, os pais, e mesmo as crianças,

não se encontram disponíveis para ouvir a informação que temos para transmitir, pois estão demasiado preocupados com a situação clínica do filho. Trata-se de uma opinião pessoal que pude constatar, pelo facto de nessa sessão terem sido as crianças que iriam ter alta nesse dia que mais participaram. Ao longo da sessão foram saindo várias crianças e pais, nomeadamente aqueles que a situação clínica inspirava mais cuidados.

Até aqui descrevi uma sessão de educação formal. No entanto, em variadas situações foram realizados ensinamentos pertinentes e ajustados às necessidades dos pais e das crianças.

Os pais dos bebés RN, mesmo que não sejam os primeiros filhos, foram aqueles que demonstraram mais dúvidas acerca do cuidado ao bebé. Ao longo do estágio foram realizados três ensinamentos informais sobre o banho ao RN, seis ensinamentos sobre a desinfecção do cordão umbilical e 12 de cuidados a ter em situações de eritema das fraldas.

Também, no âmbito de actuação face ao cuidado ao RN, elaborei um poster sobre amamentação (Anexo XIII), para dinâmica da sala de lactentes. Este poster foi elaborado em parceria com a Enfermeira Ana Ribeiro, EESIP e Conselheira de Amamentação, focalizando-se nas vantagens do aleitamento materno tanto para o RN, como para a mãe.

OBJECTIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
- <b>Aprofundar conhecimentos e competências na utilização da linguagem CIPE no SAPE, para documentar a assistência à criança/família.</b>	<p>. Realizei registos de enfermagem diários no sistema informático utilizado no serviço de pediatria do HPH;</p> <p>. Reflecti criticamente sobre o aplicativo, SAPE;</p> <p>. Introduzi a linguagem CIPE, no Manual de Procedimentos da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil da UCSPCJ;</p>

## REFLEXÃO

A uniformização dos registos de enfermagem, de modo a tornar a terminologia objectiva e não susceptível a várias interpretações, é desde algum tempo uma preocupação constante na prática da enfermagem.

A CIPE é um programa do ICN e foi concebida para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática.

A Enfermeira Amy Coenem, Directora da CIPE, afirmou recentemente, no encontro “Enfermagem e Sistemas de Informação em Saúde: CIPE e Experiências de Utilização Efectiva”, que a *‘integração dos SIS é essencial’* e que estes *‘precisam de terminologias que obedeçam a determinados critérios’* sendo que *‘a CIPE obedece a todos esses critérios para o desenvolvimento dos SIS’*. De acordo com esta ideia, em todos os contextos de estágio existia

uma preocupação em introduzir a linguagem CIPE nos registos, porém esta preocupação era mais evidente na UCSPCJ.

É integrada nesta visão que a ULSM desenvolve, em parceria com a Escola de Enfermagem do Porto, um programa informático, SAPE versão 10. O SAPE, conhecido inicialmente por "ENFIN" (Enfermagem/Informática), foi concebido pelo Enf.º Abel Paiva na sua tese de Doutoramento e tem como base fundamental a CIPE.

Foi, no estágio do Módulo II, que tive o primeiro contacto com este sistema de informação, permitindo a criação de uma opinião própria acerca do mesmo.

Diariamente, fazia os registos no aplicativo, registo das intervenções realizadas, revia o processo de enfermagem, avaliava diagnósticos. No momento da admissão, registava toda a informação recolhida na entrevista inicial, aos pais e criança. Na alta, era dado termo aos focos em aberto e realizada carta de alta para o Centro de Saúde.

Pude explorar os campos de partilha entre o internamento e os cuidados de saúde primários, percebendo assim a sua interligação, sendo, no meu ponto de vista, uma vantagem muito importante, pois, desta forma, toda a informação é partilhada não, havendo perdas de informação.

Considero assim que, de facto o aplicativo tem as suas vantagens e se usado de forma correcta. É prático no que toca ao registo das intervenções diárias, pois estas estão à distância de um clique. No entanto, dei por mim, em vários turnos, a precisar de dispensar cerca de uma a duas horas para terminar os registos. Ora, se a *'informática tem como função facultar o exercício da profissão, melhorando a qualidade dos cuidados e satisfação dos utentes'* (Ribeirinho, 2007), não pode *'roubar-nos'* tanto tempo na prestação efectiva de cuidados.

O que, também, pude constatar é que, independente da patologia, idade ou situação da criança, existem focos que são levantados 'por defeito', ou seja, é igual para todos, o que, na minha opinião, não é correcto. Refiro-me por exemplo à queda, que é aberto para todas as crianças, e mesmo numa situação em que um adulto teve de ser internado no serviço, este foco foi levantado.

Gostaria ainda de salientar a particularidade do foco da parentalidade, que também é aberto por defeito à maioria das crianças e que exige uma avaliação, que, no meu ponto de vista não é adequada ao contexto de internamento de crianças em situação doença aguda. Ou seja, essa avaliação do conhecimento dos pais passa por uma entrevista acerca da higiene, higiene oral, segurança, intoxicações, afogamento, alimentação, sono e repouso, entre outros, sendo que sempre que é detectada alguma alteração do conhecimento dos pais este foco fica alterado e é necessário ensinar aos pais, até aqui seria um trabalho pertinente. Mas, vejamos, estarão os pais de uma criança com meningite pneumocócica disponíveis para nos responder a perguntas como *'quantas vezes o seu filho lava os dentes?'*, ou *'onde guarda os detergentes?'* Ou ainda *'tem armas de fogo em casa?'* Não. No meu ponto de vista os pais não estão disponíveis para nos responder. Também os ensinamentos resultantes das alterações neste foco serão pouco eficazes, pois não vão de encontro às necessidades do filho naquela situação.

Considero que seria pertinente este foco existir se apenas se avaliassem situações interligadas com a razão que levou a criança a ser hospitalizada.

Nos restantes contextos não existia ainda a aplicação da linguagem CIPE no SAPE. No entanto, na UCSPCJ, existia uma grande preocupação e interesse na sua aplicação. Alguns passos já tinham sido dados para permitir a sua aplicação e alguns enfermeiros da unidade já tinham tido formação na área e o aplicativo já estava disponível em todos os computadores. No entanto, o que faltava era que a formação fosse dirigida aos restantes enfermeiros da equipa. De forma a contribuir para este projecto, na elaboração do Manual de Procedimentos das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, tentei ter em conta os focos sensíveis à prática de cuidados, sendo resumidos em anexo do mesmo manual.

Concluo a minha reflexão sobre este tema, referindo que estou em pleno acordo com a utilização da linguagem CIPE, uma linguagem uniforme para todos os profissionais de enfermagem, desde que esta utilização seja mediada por critérios rígidos e que realmente correspondam a dados verdadeiros e evidentes do trabalho de enfermagem.

Nesta linha de pensamento, sigo na minha reflexão acerca dos focos de enfermagem, tendo para esta reflexão destacado a competência 9, uma vez que na minha opinião pessoal, todo e qualquer enfermeiro, deve ter uma consciência crítica e acima de tudo assertiva, sobre as actuais práticas.

#### COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA

*9-Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de Saúde Infantil e Pediatria;*

#### OBJECTIVO ESPECÍFICO

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>- Reflectir criticamente sobre os principais focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem especialmente na área de Saúde Infantil e Pediatria.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Recolhi dados pertinentes sobre os focos de enfermagem mais frequentes na UCSPCJ;</li> <li>. Realizei registo em tabela própria sobre os focos mais frequentes no serviço de urgência pediátrica do HSJ;</li> <li>. Recolhi os planos de cuidados diários de 46 das crianças cuidadas no serviço de pediatria do HPH;</li> <li>. Realizei uma reflexão pertinente sobre os diferentes focos nos diferentes contextos.</li> </ul> |
|---|---|

#### REFLEXÃO

Este objectivo foi atingido na sua plenitude durante o estágio realizado no serviço de pediatria do HPH, sendo por esse motivo que a minha reflexão recai, principalmente, nos focos detectados neste contexto.

Antes gostaria de reflectir sobre o foco mais frequente na triagem do serviço de urgência do HSJ, que como mostra o gráfico 1 da página 30, é a febre. A febre é um dos sintomas mais comuns de doença em crianças e é também o causador de maior ansiedade nos pais (Hockenberry, 2006), o que se veio a reflectir na minha prática e que foi comprovado pelos dados recolhidos. Em concordância com os autores, considero que a nossa actuação e formação aos pais nesta área é fundamental. Neste sentido e de acordo com os resultados da aplicação de um instrumento de avaliação de necessidades de formação, o qual veio demonstrar que havia discordância na informação dada aos pais, na UCSPCJ, realizei formação a enfermeiros sobre esta temática e era meu intuito ter realizado também a pais (Anexo XIV e XI).

Passando então para os dados recolhidos no serviço de pediatria do HPH, foram baseados no resultado do plano diário de 46 das crianças que cuidei. No que se refere aos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, pode verificar-se no gráfico 3, que num  $n=46$ , existem 6 focos que podem ser considerados os mais frequentes (dos dados recolhidos surgem em mais de 50% dos planos de cuidados) e que merecem uma reflexão mais detalhada.

O foco que prevalece no plano de cuidados de todas as crianças, independentemente do diagnóstico clínico e evidências de necessidade de vigilância é a **eliminação urinária** (100%). A **eliminação intestinal** que permanece em 97,8% dos planos de cuidados, sendo apenas retirado em caso de diarreia (2,17%).

O foco que se segue, para mim merece uma reflexão mais crítica, refiro-me ao foco **queda**, que apresenta uma prevalência de 93,48%.

Queda é definido pela CIPE versão 1 (2006), como *evento ou situação* e Cair como, *'descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições'*, ou seja, fará sentido abrir este diagnóstico quando apenas podemos avaliar o risco de queda? E quando todos apresentam esse risco? Como podemos agir sobre o risco?

Na minha perspectiva, faz sentido termos este foco, se realmente existir um risco efectivo, história recente de queda e se verificarmos falta de cuidados de segurança por parte dos pais. Contudo a avaliação deste risco não deveria ser diária muito menos no turno da manhã e tarde. Em caso de alteração do cumprimento de normas de segurança por parte dos pais, como por exemplo, elevar as grades da cama quando se ausenta, dever-se-ia ter então, um risco de queda, que nos conduziria a um plano de cuidados que integrasse ensinamentos sobre a prevenção de quedas.

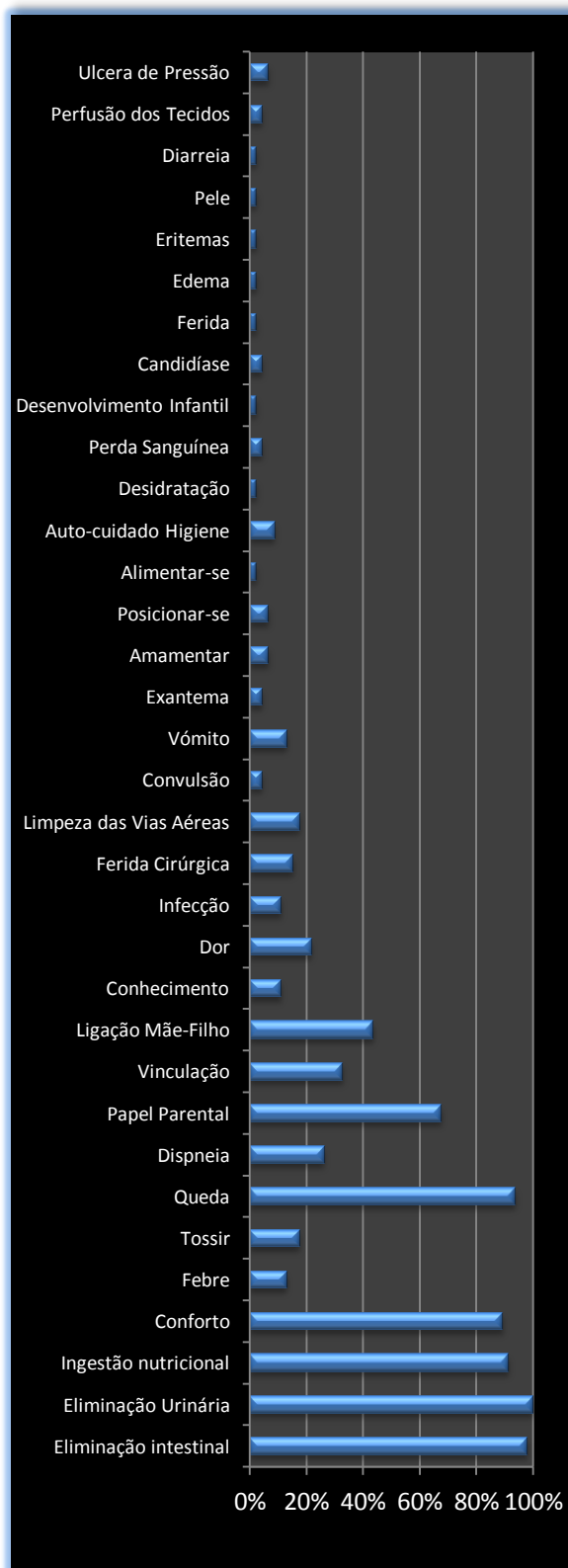
A **ingestão nutricional**, surge com uma prevalência de 91,3%, enquanto amamentar surge com uma prevalência de 6,52% e alimentar-se com 2,17%. Ao juntar-se os dois focos: alimentar-se e ingestão nutricional no mesmo plano de cuidados, estamos a vigiar *'quantidade e qualidade de nutrientes e alimentos introduzidos no corpo'* (CIPE, 2006) da criança e a sua capacidade para se alimentar.

Se amamentação ‘*Estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite da mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome*’ (CIPE, 2006), e a ingestão nutricional estão incluídas no mesmo plano de cuidados, teriam de ser incluídas intervenções capazes de nos dar indicação da quantidade de leite materno que o RN ingere, como por exemplo pesar o RN antes e depois de cada mamada, mas isso não se verifica.

Relativamente ao foco **conforto**, merece também uma atenção especial, uma vez que é um foco muito frequente (89,13%). Conforto é, segundo a CIPE (2006) ‘*Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal*’, que neste sentido, por si só estaria sempre alterado, pelo simples facto, da criança estar doente. Correntemente, verifiquei durante o estágio que esta avaliação de alteração do conforto era mediante a presença ou não de um cateter venoso periférico, o que está parametrizado como ‘*condição especial*’, remetendo-se à dimensão física da criança. Não obstante, o consenso sobre a centralidade na e para a enfermagem, transcende esta dimensão (Apóstolo, 2009). As várias teorias de enfermagem deixam transparecer diferentes perspectivas de conforto. Watson e Leininger assumem que o cuidar tem uma importância central e o conforto é um componente do cuidar; Morse considera o cuidar como um construto do conforto e Kolcaba refere que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o

conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009). Estando de acordo com os teóricos, considero que, é um passo importante criar diagnósticos de enfermagem baseados na

**Gráfico 3:** Focos de Enfermagem – Serviço de Pediatria HPH



alteração do conforto, mas que as nossas intervenções deverão reflectir mais essa preocupação com o conforto da criança e família, sendo que, neste ponto o EESIP pode ter um papel fulcral.

De todos os focos de enfermagem, a **Parentalidade** é aquele que me suscitou mais reflexão. Isto porque, julgo que é fundamental a avaliação do papel parenteral durante o internamento, mas de forma razoável. Quero com isto dizer que, a parentalidade ao ser definida pela CIPE (2006) como, *'Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados'*, engloba vários parâmetros, como segurança, cuidados de higiene, sono, etc., o que exige uma avaliação muito completa para detecção de alterações. Situação que se torna maçadora para o cuidador, uma vez que, estamos a fazer perguntas relativas a temas dispersos da situação, quando estes estão preocupados com a situação clínica da criança. Considero que essa avaliação completa deve ser feita ao nível dos cuidados primários, onde devemos principalmente apostar na prevenção primária. Porém não discordo totalmente deste foco a nível do internamento desde que a alteração esteja directamente relacionada com a situação clínica da criança, ou quando na execução de cuidados é observada alguma má prática por parte do cuidador. Esta minha opinião surge porque além de ter realizado uma sessão de Educação para a Saúde sobre Higiene Oral neste contexto e apercebi-me que grande parte não interiorizou a informação e não aderiu à sessão, constando de forma informal que o diagnóstico é aberto mas a avaliação é feita sem ser realmente realizada uma entrevista completa aos pais, isto porque a maioria dos enfermeiros têm a noção que os pais não estão predispostos a aderir.

Muito haveria ainda para referir, mas é importante sintetizar a minha opinião em relação às opiniões acima referidas. Começo por referir que, considero de extrema importância o uso da linguagem CIPE, e do seu uso através dos sistemas informáticos, nomeadamente o SAPE. Concomitantemente julgo que, neste campo, o SAPE não está a retirar tempo aos registos feitos em papel, muito pelo contrário, devido a avaliações repetidas, de risco de queda, de alterações do conforto e erros informáticos, está a retirar tempo à prestação efectiva de cuidados às crianças e famílias.

Gostaria ainda de salientar que, sendo um dos objectivos da linguagem CIPE, no SAPE, criar bases de dados de conhecimento em enfermagem e evidências científicas do cuidado a enfermagem, não estamos a criar dados verdadeiros, principalmente ao nível do papel parenteral.

Os diagnósticos de enfermagem permitiram-me, assim, a escolha e a organização das minhas intervenções a fim de obter o resultado esperado, sendo o resultado a mudança desejada na situação clínica da criança.

## COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA

*10-Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

## OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

## ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>- Reflectir sobre o impacto do processo de hospitalização na vida da criança/jovem e família, promovendo estratégias de minimização dos seus efeitos negativos e maximização dos seus benefícios.</b></p> | <p>. Pesquisa bibliográfica sobre o impacto da hospitalização na criança e unidade familiar;</p> <p>. Demonstrei preocupação e actuei em conformidade com a avaliação da dor, adoptando medidas não farmacológicas e/ou farmacológicas;</p> |
| <p><b>- Compreender o impacto da imprevisibilidade do acidente ou da doença súbita grave nos processos familiares.</b></p>  | <p>. Tentei minimizar os efeitos negativos da hospitalização na criança;</p> <p>. Maximizei os efeitos benéficos da hospitalização;</p>   |

## REFLEXÃO

As crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu meio ambiente e rotinas, por isso, é facilmente compreensível que a doença e hospitalização constituam situações de crise e de desequilíbrio. Minimizar esses danos, exige não só conhecimentos gerais do desenvolvimento infantil, como o conhecimento individual de cada criança e seu contexto familiar.

Hockenberry (2006) descreve três tipos de factores stressantes para a criança em relação à hospitalização, sendo eles a ansiedade de separação, a perda de controlo e a lesão corporal e a dor, sendo que mesmo assim cada criança reage de forma diferente de acordo com o estágio de desenvolvimento em que se encontra.

A ansiedade de separação, tem vindo a ser colmatada em todas as situações visto que na maioria dos contextos, os pais são parceiros no cuidar ou sempre que possível foram incentivados a fazê-lo e a permanecerem junto do seu filho.

A perda de controlo aumenta a percepção de ameaça e pode afectar a capacidade da criança enfrentar a hospitalização, de modo a que esta situação seja minimizada o mais possível. É evidente a preocupação de recriar no hospital um ambiente o mais familiar possível. A UPIP foi recentemente remodelada e as paredes do serviço recriam histórias encantadas transportando as crianças para o mundo da imaginação. No serviço de pediatria do HPH existe uma sala, com uma educadora de infância que desenvolve diariamente projectos e brincadeiras com as crianças internadas.



Ao cuidar de crianças, devemos como enfermeiros ter em consideração as suas preocupações a respeito do sofrimento e às reacções à dor, que mesmo estas diferem de acordo com os diferentes estádios de desenvolvimento.

A dor na criança hospitalizada não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes, desde os actos terapêuticos e de diagnóstico, doenças e traumatismos. Apesar de se saber muito pouco sobre a epidemiologia da dor na criança, estima-se que as taxas de prevalência possam em alguns casos ser superior a 90% (Batalha, 2010). A consciencialização desta realidade torna-se imperiosa por parte dos EESIP, quanto mais não seja, porque se reconhece a avaliação da dor como o primeiro passo para o seu controlo. Contudo, na prática isso nem sempre se verifica. Na análise dos focos identificados no serviço de pediatria do HPH, verifica-se que a dor foi considerada apenas em 21,74% dos planos de cuidados analisados, o que tendo em conta, a referência do autor, a dor em pediatria ainda não tem a dimensão desejável. Apesar de tudo, durante minha actuação e da observação considero que em todos os contextos há uma preocupação relevante em relação à dor sentida aquando das punções venosas periféricas, sendo maioritariamente em todas as situações colocado EMLA® atempadamente. Em neonatologia, frequentemente, usei a sacarose e a sucção da chupeta como meios para diminuição do stress do RN a procedimentos dolorosos. Em urgência, apesar dos profissionais estarem despertos para esta problemática, nem sempre é possível colocar atempadamente EMLA® para as punções venosas. E essa mesma dificuldade é ultrapassada maioritariamente das vezes com técnicas distractivas, como exemplificar no boneco, pedir que conte até 3 e respire fundo, sendo estes pequenos gestos que fui utilizando mas que apesar de não retirar a dor, diminui o stress sentido pela criança.

Os EESIP, como profissionais de saúde especializados, têm responsabilidade de agir de acordo com as melhores evidências científicas e encarar a dor como uma prioridade, *'onde o sofrimento é um resultado não aceitável'* (Batalha, 2010). Os EESIP terão aqui oportunidade de ser agentes de mudança.

Ao falar na hospitalização de uma criança no contexto familiar, significa o reconhecimento que também a família se encontra fragilizada e, portanto também precisa de ser cuidada (Silva et al, 2007). O internamento de uma criança afecta a dinâmica funcional da família e a sua segurança emocional. Anne Casey (1993) refere ainda que *"... um dos factores de maior stress é o de terem de partilhar os cuidados dos seus filhos com os outros."* A intensidade da ansiedade e do stress dos pais na admissão de um filho é directamente afectada pela condição da criança. Estes sentimentos podem ser minimizados se lhes for possível estar junto do filho e decidir sobre o desenrolar dos cuidados prestados, cooperando com os enfermeiros na prestação de cuidados, sempre que possível e manifestarem interesse.

A preocupação com o bem-estar, a identificação e a satisfação das necessidades de cuidados, aliados a estratégias e atitudes técnico-científicas referentes ao cuidado do EESIP constituíram assim requisitos essenciais na eficácia do meu processo de cuidar.

Embora, considere que a hospitalização é sempre um momento stressante, para as crianças e família, esta pode ter efeitos benéficos, sendo o principal a recuperação da saúde. Pode ainda

representar uma oportunidade para a criança dominar o stress e aumentar a sua capacidade de reagir em situações adversas, tal como pode proporcionar novas oportunidades de socialização com outras crianças (Hockenberry, 2006).

Finalizado o espaço critico-reflexivo no domínio da prestação de cuidados, considero que ao longo do meu percurso tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e promovi práticas responsáveis, trabalhando adequadamente junto da equipa.

Fui capaz de através do respeito pelas crenças e valores culturais das crianças e famílias, demonstrar capacidade em estabelecer um relacionamento empático, facilitando a aplicação de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/família.

Tive iniciativa e poder de actuação em situações imprevistas e complexas, avaliando e adequando os métodos de análise. Neste sentido fui capaz de demonstrar o meu nível de conhecimentos aprofundados em ESIP através de um discurso fundamentado e uma elevada consciência crítica acerca de problemas da prática profissional.

### 3.2. GESTÃO

Actualmente é exigido aos Enfermeiros uma maior eficiência na prestação de cuidados, sendo esta entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria no sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, isto é, aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. Desta forma, a eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou com os mesmos recursos se obtivermos mais resultados (OE, 2007)

#### COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

*18-Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*23-Exercer supervisão do exercício na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*24-Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*26-Realizar a gestão dos cuidados na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*29-Colaborar no processo de integração de novos profissionais.*

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

**- Colaborar nas estratégias de gestão de recursos dos diferentes contextos;**

**- Colaborar com a equipa em projectos, visando a melhoria contínua dos cuidados.**

- . Compreendi as estratégias de gestão de recursos humanos e materiais dos diferentes contextos;
- . Acompanhei os enfermeiros orientadores nas tarefas de gestão que lhes foram delegadas;
- . Elaborei um tabuleiro de mesa com as etapas do desenvolvimento infantil e um tapete para o rato com os sinais de alerta para a sala de saúde infantil onde se realizam as consultas;
- . Acompanhei e colaborei com a Enfermeira Mónica Gomes nas decisões relativas a gestão de material e recursos;
- . Iniciei a elaboração de um Manual de Normas e procedimentos para a UCIN;
- . Elaborei o protocolo de actuação do CPAP;
- . Realizei uma reunião com o Enfermeiro Chefe Francisco Mendes da UPP para esclarecimento de dúvidas acerca das questões de liderança e gestão de cuidados;

## REFLEXÃO

Este é um domínio de competência e um objectivo transversal a todos os contextos, sendo que colaborei na gestão de recursos em todos os contextos.

Na UCSPCJ quem realiza maioritariamente esta gestão é a Enfermeira Chefe Ana Chambel, que delega as suas funções apenas quando não está presente na Unidade. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho é realizada em plano semanalmente.

Existe um enfermeiro responsável por cada área de actuação, sendo estes responsáveis pelos cuidados que prestam. No âmbito da Saúde Infantil e Juvenil a responsável é a Enfermeira Cristina Barata.

Tal como referi anteriormente, quando iniciei o meu estágio na UCSPCJ foi-me difícil compreender a dinâmica organizacional. O mesmo aconteceria provavelmente com novos enfermeiros que integrassem esta equipa continuamente em mudança. Tendo em conta esta situação realizei um tabuleiro de mesa (Anexo XV) com as diferentes etapas de desenvolvimento infantil de acordo com as fichas de Mary Sheridan, que ficou na mesa onde são realizadas todas as consultas de saúde infantil e juvenil, com o objectivo de servir de guia condutor na realização da consulta. Na mesma linha de pensamento fiz um tapete para o rato do computador (Anexo XVI) com os sinais de alerta para o desenvolvimento de acordo com as diferentes faixas etárias. Penso que com estes dois trabalhos consegui participar na integração de novos profissionais e, ao mesmo tempo, zelar pelos cuidados que se prestam nesta unidade. Quero com isto dizer que, quando um novo elemento é integrado na equipa, tem uma linha orientadora para a prestação de cuidados de qualidade e em uniformização com a restante equipa

O desenvolvimento destes dois trabalhos também se deveu ao facto de ter assistido a uma consulta de saúde infantil que não foi realizada pela EESIP e, na qual observei que seria muito mais facilitador caso tivesse um guião da consulta de saúde infantil.

Em neonatologia, dado a Enfermeira Mónica Gomes estar responsável pela gestão do serviço, tive possibilidade de com ela colaborar nestas actividades, conseguindo, assim, acompanhar e colaborar na gestão de material de consumo clínico, farmácia e de recursos humanos. Desta forma, tive oportunidade de efectuar pedidos de medicação para a farmácia e de verificar as faltas de material de consumo clínico e hoteleiro, tendo colaborado na gestão de recursos humanos de forma a suprir a falta de pessoal.

Achei curioso o facto de no HSS o aprovisionamento para reposição de material de consumo clínico funcionar como um sistema de crédito, ou seja, é atribuído um valor mensal, previamente estipulado, para os gastos do serviço e sempre que há necessidade de algum material o valor deste é descontado no referido crédito. Já na UPIP a reposição de material é feita por reposição de níveis de forma informatizada, o que para mim tem a vantagem de libertar o enfermeiro gestor dessa função.

Fiquei mais sensível aos gastos de material, pois constatei que o material de uso diário é muito caro, devendo ser usado em consciência Além disso, pude mais uma vez comprovar que o

enfermeiro especialista tem melhor capacidade para realizar estas tarefas, racionalizando os gastos e estruturando a utilização desse material, identificando onde se gastam mais recursos. Uma outra particularidade que foi novidade para mim é o sistema Pixis, implementado na UPIP. Este sistema não permite o livre acesso aos fármacos, sendo necessária uma prescrição médica para libertação do fármaco, o que achei pertinente visto ser um serviço muito movimentado, com uma enorme afluência de utentes.

Uma outra área que merece reflexão é a liderança. Ao ficar com a Enfermeira Mónica Gomes, na UCIN, tive a oportunidade de observar diferentes estratégias de liderança, o que me demonstrou a importância de haver uma boa relação com a equipa. Para que todas as estratégias de liderança sejam eficazes, é importante que o líder estabeleça uma boa relação com a restante equipa, conseguindo, assim, a gestão de conflitos de uma forma positiva. O enfermeiro necessita de estar apto a assumir as inúmeras funções que lhe são atribuídas. Desta forma, *“é fundamental a preparação dos profissionais de enfermagem no que concerne às habilidades de liderança, para que as acções de enfermagem atreladas à liderança sejam encaradas de forma natural e encorajadora* (Ribeiro, 2006). Considero, assim, que as teorias situacionais são mais abrangentes do que as outras teorias, uma vez que procuram explicar a liderança dentro de um contexto mais amplo. O princípio mais relevante destas teorias é o de que não existe um único estilo de liderança ideal para toda e qualquer situação.

Quando falamos em zelar pela qualidade dos cuidados ou supervisionar os cuidados, uma das estratégias que podemos usar é a utilização de protocolos ou normas de actuação, pois estes são guiões da nossa prática. Neste sentido, e em colaboração com um projecto já pensado na UCIN, iniciei a organização de um Manual de Normas e Procedimentos e criei o protocolo do CPAP (Anexo XVII). Este Manual, tal como o Manual de Procedimentos da Consulta de Saúde Infantil, tinha a particularidade de ser organizado em dossier, facilitando a sua utilização, elaboração e, sempre que possível, a realização de alterações.

Com as actividades desenvolvidas, considero que fui capaz de zelar pela qualidade dos cuidados prestados, bem como participar, mesmo que de forma indirecta, na integração de novos enfermeiros exercendo supervisão dos cuidados.

Fui também capaz de compreender e adequar os diversos tipos de liderança e participar na gestão dos cuidados.

### 3.3. FORMAÇÃO

Uma das características da profissão de enfermagem é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprios, resultante da investigação. Com base neste crescimento, os enfermeiros terão pela frente o desafio de obter melhores resultados, quer pelas práticas de promoção da saúde quer pela protecção de grupos mais vulneráveis, exigindo, assim, uma actualização permanente, que requer um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional (Vieira, 2009).

Quando na prática sentimos que há necessidade de mudar, é indispensável realizar uma reflexão cuidadosa para se decidir o que, como e porque mudar. Para tal, é necessária uma constante actualização do referencial teórico, de forma a existir um planeamento baseado em evidência, que nos conduza aos resultados esperados.

#### COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

*1- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*

*3- Formular e analisar questões / problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*

*6- Comunicar os resultados da sua prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas;*

*25- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*

*27- Identificar as necessidades formativas na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

*28- Promover formação em serviço na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

**- Manter de forma continua a minha formação pessoal;**

**- Actuar como formadora e dinamizadora da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.**

. Realizei pesquisas bibliográficas para esclarecimento de dúvidas e aprofundamento de conhecimentos;

. Visitei a Aldeia de Crianças SOS de Valadares em Vila Nova de Gaia;

. Procurei continuamente situações novas, que me conduziam a novas aprendizagens;

. Realizei um turno de observação na UCIP, do HSJ;

. Participação em conversas informais com os enfermeiros orientadores e restantes membros da equipa;

. Aplicação de questionário de avaliação de

necessidades formativas, na UCSPCJ sobre a temática febre;

. Realização de formação em serviço na UCSPCJ sobre febre;

## REFLEXÃO

Sabemos que durante longos anos, os enfermeiros eram vistos apenas como auxiliares do médico, onde lhes era permitido realizar certas tarefas prescritas pelo médico. No entanto "*os cuidados de enfermagem e a função do enfermeiro são (continuamente) objecto de reflexão teórica em cada época mas, na prática, eles são o produto de uma dada sociedade e com ela evoluem*" (Soares, 1997cit por Amendoeira, 1999).

De acordo com o mesmo autor, a disciplina de enfermagem começa a ter autonomia quando os enfermeiros adquirem capacidade de intervir no processo de constituição do currículo e, por essa via, adquiriu uma posição central na sua aprendizagem.

A disciplina de enfermagem que, de início, é constituída por actividades que, aparentemente, não se distinguem de hábitos da vida quotidiana que respondem às necessidades básicas do indivíduo, principalmente idosos e crianças, vai-se construindo sobre uma linha de fronteira (Petitat, 1989 cit por Amendoeira, 1999), dando origem a uma unidade que se apropria de saberes que apenas os médicos detinham, combinando esses contributos com as técnicas de cuidados. O enfermeiro começa assim a desenvolver algum prestígio que lhe é dado pelo conhecimento científico.

A necessidade de romper um paradigma que não se adaptava à formação dos enfermeiros (biomédico) e a procura de outro mais consonante com os desafios que se colocavam, conduziu àquilo que Goodson cit por Amendoeira, 1999, designa como construção social de conteúdos específicos.

A formação de enfermeiros passa assim a ser centrada de forma mais objectiva na saúde e nas ciências sociais, passando a valorizar-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e não na doença (Amendoeira, 1999).

Hoje a enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática humanista. No entanto, continua a ser um processo complexo, já que nem sempre os objectivos da ciência e do humanismo personalista se conseguem facilmente. Por isso, a formação é longa e tem uma componente clínica que ocupa ainda hoje grande parte do percurso curricular (Vieira, 2009).

Tendo em conta esta linha de pensamento, considero de máxima importância a continuidade da formação e aprendizagem em enfermagem. É assim imprescindível que todo o enfermeiro direcione a sua formação para uma área específica do conhecimento de forma a atingir a excelência nos cuidados prestados, sendo através da formação pós-graduada, formação pessoal e profissional ou formação em serviço.

A primeira competência definida, considero ser desenvolvida em todos os contextos, desde o meu local de trabalho aos locais de estágio, uma vez que todas as actividades que desenvolvi

têm por base um suporte teórico adquirido na minha licenciatura, na minha prática profissional e na formação pós-graduada a frequentar.

Ao longo do meu percurso tentei sempre ir de encontro a novas situações que se traduzissem em aprendizagem. Visitei a Aldeia SOS, uma realidade até então pouco conhecida. Foi gratificante conhecer o trabalho desta Instituição para com as crianças que acolhe e a sua dinâmica, ficando assim desperta para a necessidade do EESIP actuar nestes contextos de forma a maximizar o crescimento e desenvolvimento saudável destas crianças, bem como a detecção precoce de alterações do crescimento e desenvolvimento.

O turno de observação realizado na UCIP do HSJ foi uma mais-valia para a minha formação como profissional e pessoal, uma vez que, tive a possibilidade de estar presente em situações que o rigor e a precisão técnica são de extrema importância, tal como é imprescindível que os enfermeiros que aqui exercem funções sejam especializados na área e que mantenham o seu processo de formação activo de forma a responder a todos os avanços das ciências da saúde e das novas tecnologias.

Da minha prática e experiência profissional, observo frequentemente que muitos enfermeiros não investem na sua formação e, dado o nosso vasto campo de actuação, por vezes surgem lacunas que devem ser colmatadas com a formação em serviço.

Nesse âmbito, e através de uma observação informal inicial, criei um instrumento de avaliação das necessidades formativas na UCSPCJ sobre a febre, da qual deparei que nem todos os enfermeiros da unidade transmitiam as mesmas informações. Dos dados recolhidos através desse questionário, concluí que nenhum dos enfermeiros teria frequentado formação sobre a febre e, no entanto, todos eles acharam pertinente e importante esta formação para a sua prática profissional. Da análise dos resultados, as maiores dificuldades identificadas observaram-se na definição de febre, nas dosagens e horário da medicação. (Anexo XIV).

Na formação participaram cinco enfermeiros, que demonstraram muito interesse e partilharam conhecimentos. Na avaliação da formação, todos os enfermeiros acharam que esta temática representa uma mais-valia para o seu desempenho profissional e consideraram que superou as suas expectativas, tendo sido esclarecidas todas as suas questões.

Nesta unidade, a formação em serviço é uma das actividades para a qual toda a equipa demonstra bastante interesse e se revela participativa. Durante a minha permanência neste contexto tive a possibilidade de participar numa formação em serviço sobre aerossoloterapia.

Na UCIN, no ano de 2010 não foi realizada formação em serviço, houve apenas formação dada por alunos estagiários do curso de pós-licenciatura, que não teve adesão por parte da equipa. No entanto a enfermeira responsável pelo serviço demonstrou vontade em desenvolver mais a formação em serviço por reconhecer que é muito importante para a prestação de cuidados com qualidade.

Nos restantes contextos, a formação em serviço também não é uma prática frequente, devido grande parte, à constante redução do número de enfermeiros existentes nos serviços e instituições, e consequente diminuição do tempo destinado à sua formação.



Concordando com a afirmação de Vieira (2009), segundo a qual os enfermeiros precisarão não só de capacidade para lidar com as tecnologias que já hoje as crianças dominam, mas também de um alto nível de formação.

Acrescento ainda que, no caso concreto do EESIP, além de formação específica e especializada, o enfermeiro terá de cuidar das crianças com carinho e ternura, gostar de crianças e principalmente gostar daquilo que faz (Vieira, 2009), uma vez que, na perspectiva dos utentes, o cuidado de enfermagem depende da pessoa do enfermeiro, tal como afirma, Constança Festas (1996), no seu estudo realizado com o objectivo de conhecer a percepção dos pais de crianças assistidas têm do cuidado de enfermagem.

Como diz Collière (1989) “torna-se urgente que os enfermeiros se concentrem em dar provas do contributo social e económico dos cuidados de enfermagem para a sociedade”, objectivo que só será conseguido com uma formação contínua e especializada.

Ao longo de todo o meu percurso, mantive activo o meu processo de formação pessoal e profissional, gerindo adequadamente e aplicando o conhecimento adquirido na formação inicial; experiencia profissional e formação pós-graduada, que me permitiu abordar e analisar diversas situações de maior complexidade.

De forma a promover também a formação profissional de outros enfermeiros, identifiquei necessidades formativas e actuei como formadora e dinamizadora da incorporação de conhecimento que visa-se ganhos em saúde.

### 3.4. INVESTIGAÇÃO

A pesquisa em enfermagem iniciou-se com Florence Nightingale, porém desenvolveu-se lentamente até à sua rápida aceleração nos anos 50. Desde a década de 70, a investigação em enfermagem concentrou-se nos problemas da prática clínica, servindo para desenvolver o conhecimento sobre assuntos de grande importância para a enfermagem, tal como para estabelecer uma base científica de conhecimento que favorece a prática profissional (Polit, 2004).

O nosso Código Deontológico é soberano no que diz relativamente à responsabilidade dos enfermeiros na área da saúde em geral, reportando para a responsabilidade do desenvolvimento da profissão através da investigação e também pela colaboração com outras profissões (Artigo 76.º, Artigo 80.º, Artigo 91.º).

#### COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

*20-Demonstrar compreensão relativamente as implicações da investigação na prática baseada na evidência;*

*21-Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*

*22-Participar e promover a investigação na área da Saúde Infantil e Pediatria;*

#### OBJECTIVO ESPECÍFICO

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

**- Promover a investigação em enfermagem na área de saúde infantil e pediatria, nos diferentes contextos, incorporando na prática os seus resultados;**

- . Realizei pesquisas bibliográficas;
- . Partilhei conhecimentos resultantes da pesquisa realizada;
- . Incorporei na prática resultados da investigação;
- . Promovi a qualidade e excelência dos cuidados baseados em evidências comprovadas;
- . Desenvolvi um artigo intitulado 'Impacto do Ambiente da UCIN no Desenvolvimento neuromotor do RNPT – Importância do cuidado para o desenvolvimento', incorporando a investigação realizada e as evidências comprovadas da aplicação do NIDCAP.

## REFLEXÃO

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e, concomitantemente, na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva. Esta é a forma de evoluirmos para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência (OE, 2006).

Estando certa de que através da investigação a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que actualmente se debate, tentei em todos os contextos de estágio incorporar os resultados desta prática.

Tive a preocupação de pesquisar sobre diversas temáticas que pudessem reflectir uma melhor prática de cuidados à criança e à família. As pesquisas foram realizadas principalmente através da internet, junto de bases de dados científicas. A documentação obtida foi em vários contextos discutida com alguns membros da equipa de enfermagem e partilhada com a mesma.

Resultado de uma investigação mais pormenorizada e de uma temática que me despertou interesse, realizei um artigo intitulado 'Impacto do Ambiente da UCIN no Desenvolvimento Neuromotor do RNPT – Importância do cuidado para o desenvolvimento' (Anexo XVIII). Este artigo foi baseado em estudos que mostravam os benefícios da aplicação do programa NIDCAP® em UCIN. Em Portugal, este programa é muito pouco desenvolvido e, segundo as minhas pesquisas, apenas na UCIN do HSJ é aplicado, seguindo todas as directrizes.

Este programa foi concebido nos Estados Unidos da América, pela Dr.<sup>a</sup> Heidi Als, designado por *Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program* (NIDCAP®), com o objectivo de promover o desenvolvimento normal do RNPT através da simulação do ambiente intra-uterino nas UCIN. Pretende proporcionar orientações educacionais e treino específico em avaliação e observação comportamental, da equipa que presta cuidados a RN de risco e à sua família, utilizando uma grelha de avaliação inspirada nos trabalhos desenvolvidos por Brazelton.

A elaboração deste artigo teve como principal objectivo a divulgação do programa diante da equipa de enfermagem da UCIN do HSS, para que aos poucos possam ir reunindo as condições para a implementação deste programa na unidade.

Penso que ao longo de todo o percurso utilizei na minha prática e na realização de trabalhos as melhores evidências científicas resultantes da investigação em enfermagem, de forma a promover a melhoria continua dos cuidados prestados.

A investigação, seja ela qual for, é uma vertente que ainda tem um longo caminho a percorrer. Em Portugal, dever-se-ia investir cada vez mais na investigação em todas as suas vertentes, pois o conhecimento só advém da contínua pesquisa e incessante procura de resultados. Desta forma, quer seja apelidada de investigação científica ou de investigação clínica, este campo de produção de conhecimento tem de ser real e efectivo de forma a provocar resultados positivos e ganhos posteriores em saúde ou melhoria da doença.

Terminada a exposição acerca do domínio da investigação considero que promovi a investigação na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria, tal como demonstrei compreensão pelas suas implicações, incorporando assim os resultados da investigação na prática.

#### 4. REFLEXÃO CRÍTICA FINAL

Na estruturação deste relatório, abri intencionalmente um capítulo relativo à competência 11, sobre a qual desenvolvi uma reflexão própria, uma vez que, na minha opinião, esta competência é a chave da realização deste relatório.

*11-Reflectir na e sobre sua pratica, de forma critica;*

##### OBJECTIVO ESPECÍFICO

**Reflectir criticamente sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria**

##### ACTIVIDADES

- . Observei o EESIP no exercício das suas funções nos diferentes contextos;
- . Estabeleci conversas informais com os enfermeiros dos diferentes serviços;
- . Pesquisei documentação acerca da especificidade de actuação do EESIP;

##### REFLEXÃO

Tendo a finalidade de reflectir sobre o papel do EESIP, que dentro em breve será também o meu papel, realizei, acima de tudo, observação informal das atitudes de todos os enfermeiros especialistas do serviço, e pesquisas bibliográficas acerca da temática. E de acordo com Vieira (2009), *'para cuidar não basta uma boa intenção, são necessários conhecimentos específicos'*. Ora quando nos referimos a cuidar de crianças e suas famílias esta necessidade torna-se ainda mais evidente.

O EESIP utiliza um modelo centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A Enfermagem Pediátrica intervém em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual corresponde ao período que medeia o nascimento e os 18 anos de idade.

O EESIP trabalha em parceria com as crianças e a família, em qualquer contexto em que se encontrem, para promover o mais elevado estado de saúde possível, com segurança, competência e satisfação de ambos, procurando responder às necessidades das crianças.

Actualmente, o EESIP, tal como a maioria dos outros enfermeiros especialistas, serve como um modelo do papel da prática clínica, ou seja, presta cuidados de enfermagem especializados e é um observador capaz de validar as observações e as intervenções de enfermagem

(Hockenberry, 2006). É, assim, um agente de mudança dentro do sistema de saúde e deve ser visto como um *'professor'* para a restante equipa.

Depois de descrito o meu percurso nos capítulos anteriores, concluo que o EESIP é frequentemente procurado para esclarecimento de dúvidas ou simplesmente para partilha de opiniões. No entanto, penso que ainda é necessário que os EESIP interiorizem a importância de serem verdadeiros agentes de mudança em prol da criança e da sua família. Frequentemente, encontram barreiras institucionais que não o permitem, mas devem reunir estratégias verdadeiras que demonstrem evidências clínicas no cuidado à criança.

O cuidado prestado pelo EESIP deve ser, como já referi anteriormente, centrado na família e baseado numa parceria de cuidados. Além disso, deve ser ainda um cuidado sem traumas, de modo a minimizar o impacto da hospitalização. Apesar dos avanços tecnológicos, a maioria dos procedimentos médicos ainda são traumáticos, dolorosos, perturbadores e assustadores. Neste sentido, o EESIP deve ter consciência do stress causado e planear intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis.

Os EESIP devem ter a preocupação de, para além de cuidar da criança em todas as suas dimensões, desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar com a família, de forma sistemática. Isto implica a revisão do papel dos pais no hospital e dos enfermeiros junto das crianças hospitalizadas, clarificando e descrevendo a natureza dos seus objectivos, traduzindo uma filosofia de cuidados que concorre, inevitavelmente, para a mudança de esquemas tradicionais em enfermagem pediátrica.

Gostava de reforçar a importância do EESIP junto da comunidade e da sua actuação em cuidados de saúde primários pois, neste contexto, há uma infinidade de oportunidades para promover um desenvolvimento e crescimento saudável da criança, tal como para dotar os pais desses conhecimentos. Toda a actuação que o EESIP tiver neste contexto poderá ter repercussões em todo o percurso de vida da criança e da família.

Termino com uma curta reflexão acerca das competências dos enfermeiros especialistas aprovadas em Diário de República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011, regulamento 122/2011, e aprovação das competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem. Este documento aprova os cinco domínios de competências descritos pelo Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (2009), em que quatro domínios são comuns a todas as especialidades: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais; sendo que o quinto se refere à prestação de cuidados especializados, onde sem enquadram as três competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

As competências definidas pelo regulamento 123/2011 da mesma série do DR são: *Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.* Considero que são competências muito abrangentes mas que englobam os pontos principais da nossa actuação.

## 5. NOTA FINAL

O estágio é um momento de aprendizagens e partilhas que me conduziu à consolidação de conhecimentos e ao desenvolvimento de comportamentos e atitudes que me levaram a alcançar as competências definidas.

Tendo este relatório como objectivo principal, descrever as minhas actividades e reflectir sobre as práticas, penso que este foi atingido.

A realização deste relatório permitiu-me acima de tudo, desenvolver o meu pensamento crítico, sendo este *‘um pensamento intencional voltado para metas que ajudam os indivíduos a fazerem julgamentos baseados em evidência em vez de em conjecturas’* (Hockenberry, 2006). Considero, assim, que o pensamento crítico é uma habilidade importante para o EESIP, pois permite que este coloque em prática o conhecimento que exemplifica o pensamento disciplinado e auto direccionado.

A especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria resulta do grande aperfeiçoamento técnico e científico desenvolvido na área da saúde, tendo os enfermeiros um papel preponderante na promoção da saúde da criança.

Cuidar da criança hospitalizada requer competências pessoais e profissionais assertivas, sendo de primordial importância a formação especializada de forma a promover cuidados adequados às necessidades da criança e da família.

Este relatório foi um enorme desafio, pois é extremamente complexa a transposição das actividades realizadas para alcançar determinados objectivos e assim atingir as competências definidas.

Senti um prazer na sua realização e espero ter conseguido de alguma forma transmitir um pouco das minhas vivências na componente prática do curso.

## REFERÊNCIAS

- AMENDOEIRA, J. - **A Formação em Enfermagem. Que conhecimento? Que contextos? Um Estudo Etno-sociológico.** 1999. Obtido em 20 de Março de 2011 em <http://hdl.handle.net/10400.15/90>
- ANTUNES, A. - **Consentimento informado.** In Serra D. N. Revista de Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora. 1999.
- APÓSTOLO, J. - **O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos.** Revista Referência. Coimbra. II Série – nº 9, 2009. p.61-67.
- BATALHA, L. - **Dor em Pediatria: Compreender para mudar.** Lisboa. Lidel – Edições Técnicas. 2010. p.126.
- BORGES, A., GOUVEIA, B - **Competências do Recém-Nascido.** Revista Servir. Lisboa (49). 2001.
- CASEY, A. - **Development and use of the partnership modelo f nursing care.** In Glasper, E. Tucker, A. Advances in child health nursing. Middtesex: Scutari Press. 1993.
- COELHO, A. M. A. - **Cuidar – Uma Conduta Ética.** Revista Nursing. Lisboa. (265), 2011, p.10-16.
- COLLIÉRE, M. F. - **Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de virtude aos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989.
- Conselho Internacional de Enfermeiros - **Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP).** Versão 1. Lisboa: OE, 2006.
- Conselho Internacional de Enfermeiros - **CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Beta 2.** Lisboa: OE, 1999.
- FERREIRA, M.; COSTA, M. - **Cuidar em Parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo.** in [www.ipv.pt/millennium/Millennium30/5.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/5.pdf), 2004.
- FESTAS, C. - **Que Cuidado de Enfermagem?... Contributos para a conceptualização do Cuidado de Enfermagem na cultura portuguesa.** Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 1996
- GOUIN, S., J. GRAVEL, et al. - **"Evaluation of the Paediatric Canadian Triage and Acuity Scale in a pediatric ED."** Am J Emerg Med, 23(3): 2005, p 243-247.



HOCKENBERRY, M. J., Wilson & Winkelstein - **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (7ª ed). São Paulo: Elsevier, 2006.

HEESBEN, W. - **Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar**. Loures, Edições Técnicas e Científicas, Lusociência, 2000.

HEESBEN, W. - **Cuidar neste mundo**. Loures, Edições Técnicas e Científicas, Lusociência, 2004

JORGE, A., FONSECA, A. & SANTOS, L. - **Humanização dos serviços de atendimento à criança**. Boletim do IAC: Separata nº12 [versão electrónica]. (73). Obtido em 20 de Janeiro de 2011 em <http://www.iacrianca.pt/boletim/pdf/Separata732.pdf>; 2004.

MANO, M. J. - **Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais**. Referência: revista de formação e educação em Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. (8), 2002, p.53-61.

NUNES, S. - **A Investigação clínica em Cardiologia no Norte de Portugal**, Revista Nursing (269) Maio de 2011.

OE – **Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais**. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>, 2005.

OE. - **Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição**. Obtido em 20 de Fevereiro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>; 2006.

OE - **Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem**, Assembleia Geral, OE, 2007.

OE - **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**, *Modelo de Desenvolvimento Profissional*, Caderno Temático, OE, 2009.

OPPERMAN & CASSANDRA - **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures. Lusociência, 2001.

PHANEUF, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Montreal: LUSOCIÊNCIA; 2005.

POLIT, D. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização**. 5ª Edição, Artmed, 2004.

RIBEIRO, M. (2006). **Reflexão sobre Liderança em Enfermagem**; pag.109-115,

RIBEIRINHO, N. - **Informatização dos Registos de Enfermagem: Que benefícios?**. Revista Portuguesa de Enfermagem, Amadora. Instituto de Formação em Enfermagem, Lda, 2007.

SILVA, J. B., KIRSCHBAUM, D. I. R., OLIVEIRA, I. - **Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar**. Revista Gaúcha de Enfermagem [versão electrónica]. 28. (2), 2007, p. 250-259. Obtido em 16 de Janeiro de 2011 em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3176/1749>;

TAMEZ, R. e SILVA, M. - **Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 2ª Edição. Guanabara Koogan, 2002.

UNICEF (1990) – **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

Universidade Católica Portuguesa - **Guia de Estágio** – 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2009.

VIEIRA, M. - **Ser Enfermeiro. Da compaixão à proficiência**. Lisboa. 2ª Edição. Universidade Católica Editora, 2009, p. 158.

# **Anexos**

# **Anexo I**

## **Caracterização da UCSPCJ**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

# **Caracterização**

**Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração  
de Jesus**

**Aluna:** Cristina Oliveira

**Sob orientação:** Mestre Zaida Borges Charepe

**Lisboa, Junho de 2010**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>1 – CARACTERIZAÇÃO UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS CORAÇÃO DE JESUS</b>	<b>3</b>
1.1 – LOCALIZAÇÃO E ESTRUTURA FÍSICA	5
1.2 – POPULAÇÃO INSCRITA	5
1.3 – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	10
<b>2 – PROBLEMAS DE SAÚDE E PRIORIDADES DE ACTUAÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>3 – PROJECTOS DE INTERVENÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>23</b>

## **1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS CORAÇÃO DE JESUS**

Nos termos da base XII da Lei de Bases da Saúde, os Cuidados de Saúde Primários são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades.

Encontramo-nos a vivenciar um processo de mudança na saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários. Esta nova realidade obriga a uma organização diferente da que tem vindo a ser seguida de há alguns anos a esta parte, atribuindo novas responsabilidades aos profissionais que os integram.

Os centros de Saúde foram criados em 1971 numa Rede Nacional de Centros de Saúde – Centros de Saúde de 1ª Geração. Esta rede coexistia com Serviços Médicos Sociais cuja filosofia se orientava exclusivamente para os aspectos curativos.

Em 1983 os Serviços Médicos Sociais são extintos. Esta etapa dá origem aos Centros de Saúde de 2ª Geração que são descritos de acordo com o Regulamento dos Centros de Saúde (1983) como “ unidades integradas, polivalentes e dinâmicas prestadoras de cuidados de saúde, que visam a promoção e a vigilância da saúde; a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade”. Estão integrados na rede de Cuidados de Saúde Primários e são um serviço público com autonomia técnica e administrativa. Estes centros passam a ser regidos pelo despacho normativo nº 97/83 de 28 de Fevereiro.

O conceito de Centros de Saúde da 3ª Geração surge em 1999 com o decreto-lei nº 157/99 de 10 de Maio. Dá-se ênfase às unidades locais de saúde.

Tal como outros centros de saúde, o Centro de Saúde Coração de Jesus aproveitaram estruturas físicas e técnicos dos extintos Serviços Médicos Sociais, não sendo construído de raiz.

Abrange quatro freguesias da Grande Lisboa: Coração de Jesus; São José; São Sebastião da Pedreira e Nossa Senhora de Fátima – parte desta freguesia pertence ao Centro de Saúde de Sete Rios.

Inserido no novo plano de reorganização das Unidades de Saúde, de acordo com o Decreto – Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, em vigor desde Janeiro de 2009, o Centro de Saúde de Coração de Jesus, constitui em conjunto com os Centros de Saúde da Alameda, Alcântara,

Ajuda, Lapa, Luz Soriano, São Mamede / Santa Isabel e Santo Condestável, um Agrupamento de Centros de Saúde, denominado Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa III – Lisboa Central, com sede na Lapa e sob direcção do Exmo. Sr. Dr. José Augusto D’Almeida Gonçalves.

O CSCJ candidatou-se a UCCCI tendo como linha orientadora o objectivo de redefinir o actual modelo de prestação de cuidados primários, tornando-o mais acessível, adequado às necessidades da comunidade e mais eficiente. Só assim se poderá satisfazer as expectativas dos cidadãos mas, também, as dos profissionais nomeadamente na optimização dos recursos existentes para a melhor qualidade do serviço.

O Plano de Acção da Unidade de Cuidados Continuados, foi aprovado a 3 de Maio de 2010, no entanto, devido à falta de infra-estruturas e recursos humanos ainda não entrou em funcionamento, ficando assim designado como Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus (UCSPCJ).

Esta Unidade de Saúde tem como principal objectivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, promovendo o desenvolvimento profissional, a cooperação e o trabalho de equipa dos profissionais envolvidos e a articulação efectiva com as outras Unidades funcionais do ACES, deste modo pretende:

- Organizar as actividades de acordo com as necessidades de saúde da população no âmbito domiciliário e comunitário;
- Prestar cuidados de Saúde com qualidade técnico-científica reconhecida;
- Garantir a uniformização e qualidade dos registos efectuados;
- Conciliar as metas a atingir, com os valores preconizados pela ARSLVT, I.P. nas diferentes áreas;
- Fazer promoção da saúde e prevenção da doença;
- Fomentar a formação de novos técnicos de saúde, bem como com a investigação por eles desenvolvida;
- Avaliar periodicamente as actividades realizadas, de modo a corrigir desvios introduzindo acções correctivas e assim, melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- Garantir a uniformização e qualidade dos registos efectuados;
- Informatizar todos os utentes seguidos, através do SAPE/CIPE
- Receber formação sobre possíveis sistemas informáticos instalados.



## 1.1 - LOCALIZAÇÃO E ESTRUTURA FÍSICA

Tal como referido anteriormente, a UCSPCJ adoptou as instalações dos antigos Serviços Sociais Médicos. O prédio onde funciona é de habitação alugado e é de fácil acesso para utentes com mobilidade reduzida por ser um rés-do-chão térreo. Tem vindo a sofrer remodelações de forma a rentabilizar as áreas úteis quer para os utentes quer por profissionais.

A sede da UCSPCJ localiza-se na freguesia São Sebastião da Pedreira, na Avenida Ressano Garcia, nº 2, R/C, 1070-237, Lisboa. Tem como contacto telefónico 213808440 e 213870971 e fax 213871879.

As Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil decorrem numa sala partilhada com os Cuidados Continuados ou por vezes na Sala de Vacinação, quando estas não têm horários coincidentes.

É uma sala pouco arejada e sem luz própria, estando decorada com pinturas na parede.

A extensão da UCSP localiza-se na freguesia do Coração de Jesus, na Avenida duque de Loulé, nº 79, 1º Esquerdo, 1050-087, Lisboa. Telefone 213513050 e 213513055 e fax 213513058.

A extensão situa-se num andar duplex de um prédio de habitação antigo e é alugado. O acesso é difícil para os utentes com mobilidade reduzida, uma vez que não tem elevador.

Todas as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil mesmo dos utentes da extensão são realizados na sede, tal como a vacinação, no entanto são realizadas consultas médicas de saúde infantil.

## 1.2 - POPULAÇÃO INSCRITA

Não existe na UCSPCJ um diagnóstico de saúde da população sendo por este motivo, escassos os dados relativos à população que abrange.

Mesmo para a prestação efectiva de cuidados à população a inexistência de parametrização para a área da comunidade não é facilitador, no entanto esta lacuna pode rapidamente ser colmatada pelo desenvolvimento do aplicativo informático CIPE/SAPE, que já se encontra instalado em todos os postos de trabalho na UCSPCJ mas, para que tal aconteça falta a formação aos profissionais.

De acordo com os dados fornecidos pelo INE (Censos 2001), residem nas freguesias de influência desta Unidade de Saúde, cerca de 30 000 habitantes.

A população inscrita é de no total de 35719 utentes até ao dia 1 de Junho de 2010. Dos quais 27772 estão inscritos na sede e 7947 na extensão.

Os dados que se seguem foram obtidos através da única aplicação informática que existe na UCSPCJ, o SINUS 2010.

Esta população está distribuída pelas quatro freguesias abrangentes, da Zona Histórica de Lisboa – S. José, pobre e degradada onde predomina o pequeno comércio e serviços, S. Sebastião da Pedreira e Nossa Senhora de Fátima com condições socioeconómicas médias-altas e Coração de Jesus, um misto das anteriores.

A população inscrita é caracteristicamente envelhecida, apresentando índice de envelhecimento de 160,95% contra 40,7% do índice de dependência de idosos (dados retirados do plano de Acção UCC 2010/2012)

O índice de dependência de jovens é baixo, 25,29% sobretudo se tomarmos em consideração o índice de longevidade de 60,23% que é mais um indicador adicional do envelhecimento da população (dados retirados plano de Acção UCC 2010/2012).

Em acréscimo, e de forma exponencial tem vindo a aumentar a população flutuante, vulnerável e com elevado risco social e de saúde, constituída por imigrantes de países de Leste, dos PALOP's, Brasil, China e de outras origens (por exemplo, sem abrigo), que residem em pensões ou casas degradadas e sobrelotadas. A esta fatia da população urge efectuar diagnóstico de saúde.

**Tabela 1** – Descrição por faixa etária da população inscrita na Sede

<b>GRUPO ETÁRIO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>&lt;1 Ano</b>	83	111	194	0.70
<b>1 – 4 Anos</b>	446	456	902	3.25
<b>5 – 9 Anos</b>	614	599	1213	4.37
<b>10 – 14 Anos</b>	607	561	1168	4.21
<b>15 – 19 Anos</b>	574	525	1099	3.96
<b>20 – 24 Anos</b>	583	645	1228	4.42
<b>25 – 29 Anos</b>	790	1033	1823	6.56
<b>30 – 34 Anos</b>	1200	1312	2512	9.05
<b>35 – 39 Anos</b>	1164	1278	2442	8.79
<b>40 – 44 Anos</b>	1003	1086	2089	7.52
<b>45 – 49 Anos</b>	882	972	1854	6.68
<b>50 – 54 Anos</b>	778	919	1697	6.11
<b>55 – 59 Anos</b>	738	895	1633	5.88
<b>06 – 64 Anos</b>	647	862	1509	5.43
<b>65 – 69 Anos</b>	572	747	1319	4.75
<b>70 – 74 Anos</b>	509	801	1310	4.72
<b>&gt;/= 75 Anos</b>	1190	2590	3780	13.61
<b>TOTAL</b>	<b>12380</b>	<b>15392</b>	<b>27772</b>	

Percentagens por sexo:

- **Masculino** 44.58%

- **Feminino** 55.42%

**Tabela 2** – Descrição por faixa etária da população inscrita na Extensão

<b>GRUPO ETÁRIO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>&lt;1 Ano</b>	31	21	52	0.65
<b>1 – 4 Anos</b>	126	129	255	3.21
<b>5 – 9 Anos</b>	155	163	318	4.00
<b>10 – 14 Anos</b>	154	133	287	3.61
<b>15 – 19 Anos</b>	145	128	273	3.44
<b>20 – 24 Anos</b>	160	163	323	4.06
<b>25 – 29 Anos</b>	260	375	635	7.99
<b>30 – 34 Anos</b>	438	439	877	11.04
<b>35 – 39 Anos</b>	415	400	815	10.26
<b>40 – 44 Anos</b>	355	321	676	8.51
<b>45 – 49 Anos</b>	260	242	502	6.32
<b>50 – 54 Anos</b>	227	233	460	5.79
<b>55 – 59 Anos</b>	223	242	465	5.85
<b>06 – 64 Anos</b>	171	214	385	4.84
<b>65 – 69 Anos</b>	147	202	349	4.39
<b>70 – 74 Anos</b>	149	189	338	4.25
<b>&gt;/= 75 Anos</b>	291	646	937	11.79
<b>TOTAL</b>	<b>3707</b>	<b>4240</b>	<b>7947</b>	

Percentagens por sexo:

- **Masculino** 46.56%

- **Feminino** 53.35%

A população inscrita tende a ser maioritariamente idosa. Muitos dos idosos vivem sós e devido às dificuldades motoras e a residirem em prédios sem elevador não conseguem deslocar-se à

UCSPCJ. Esta população pelas condições sociais e de saúde necessita de mais cuidados de enfermagem ao domicílio, desta situação emerge a candidatura a UCCCJ.

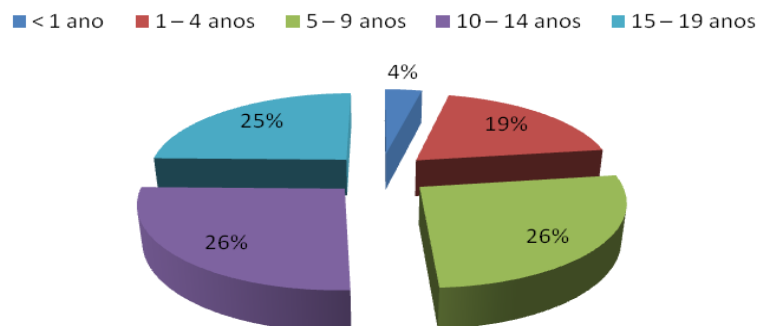
Grande parte das crianças e adultos em idade activa são imigrantes, outros são utentes que residem na periferia de Lisboa, mas não têm médico de família nos centros de saúde da sua área de residência.

Sendo a população pediátrica, aquela com idades compreendidas entre o nascimento e os 18 anos de idade, verificamos que existem 4576 crianças e adolescentes inscritos na sede, correspondendo a 16,48% da população inscrita e 1185 na extensão, que corresponde a 14,91% da população inscrita, correspondendo assim a cerca de 16,13% da totalidade da população inscrita. Ressalvo que os dados incluem os 19 anos, que já não pertencem à idade pediátrica, no entanto na aplicação estão predefinidos para estes grupos etários.

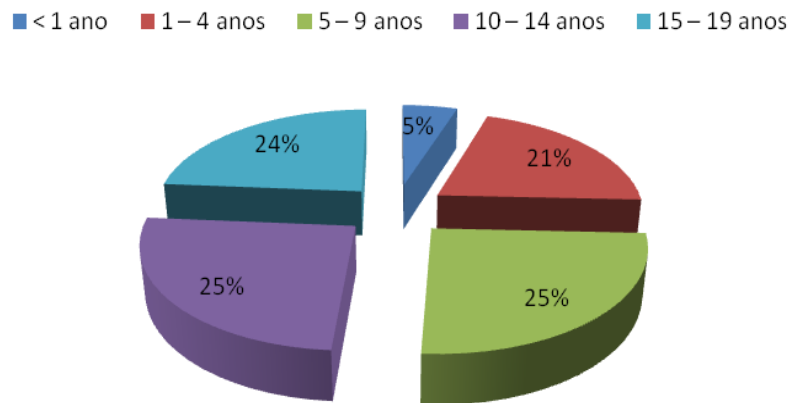
O gráfico abaixo expõe a distribuição da população pediátrica por faixa etária da sede. Desta exposição podemos concluir que a maioria da população pediátrica tem mais de 5 anos de idade, no entanto, o que se observa é que é a população que menos recorre à UCPCJ.

A faixa etária que frequenta com mais assiduidade as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, são as menores de um ano de idade, sendo que a partir dos 12 meses, não vêm com às consultas de Enfermagem mas dirigem-se à UCSPCJ para cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

**Gráfico 1 – Distribuição da População Pediátrica inscrita na Sede da UCSPCJ**



**Gráfico 2** - Distribuição da População Pediátrica inscrita na Extensão da UCSPCJ



Existe uma grande fasquia da população inscrita que é imigrante, proveniente da China, Roménia, Moldávia e Estados da Federação Russa exigindo assim mais tempo para os ensinamentos nas consultas de Enfermagem nos programas de Vacinação, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar.

### 1.3 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

No Plano de Acção proposto para a UCCCCJ, esta Unidade seria dotada de 13 Enfermeiros de modo a prestar um conjunto de actividades essenciais dentro das áreas indicadas.

Actualmente a equipa de enfermagem é realmente constituída por um total de 13 Enfermeiros, dos quais: apenas um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 2 Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação, os restantes, são Enfermeiros Generalistas, sendo que 3 Enfermeiros estão contratados em regime de prestação de serviços.

Esta situação traz muita instabilidade à equipa, uma vez que está em constante mudança. No espaço de 8 semanas integraram 3 novos elementos na equipa, que rescindiriam prestação de serviços no espaço de uma ou duas semanas.

Em conversa informal com alguns dos elementos da equipa, foi possível perceber que, com estas condições é difícil integrar e enveredar em novos projectos, uma vez que não há elementos fixos suficientes para os elaborar.

A equipa está consciente de que não dispõe de um diagnóstico de saúde efectivo, no entanto, através da prática diária na prestação de cuidados a esta comunidade, identificam e salientam áreas com necessidades específicas. Algumas destas áreas têm tido resposta efectiva e

eficiente, como por exemplo a área de apoio a dependentes e a saúde materno/infantil. Contudo, existem outras áreas para as quais não têm respostas, designadamente nas áreas da dietética e nutrição, reabilitação, terapia da fala e cuidados paliativos.

## 2 - PROBLEMAS DE SAÚDE E PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

Tendo em atenção o índice de envelhecimento da população, os idosos são, para esta Unidade de Saúde, uma prioridade. No entanto as crianças e jovens, e respectivos cuidadores, bem como toda a população educativa envolvida, não esquecendo as amas, permitindo assim, abranger os diferentes grupos etários alvo da intervenção na comunidade, e contribuir para alterar alguns dos factores determinantes da saúde das gerações mais jovens.

Tendo em conta o plano de actividades do ACES, e o Plano Nacional de Saúde, definiram como prioritário na intervenção:

- População envelhecida e com reduzido suporte social;
- Doenças Cardiovasculares e diabetes;
- Toxicodependência nos Jovens;
- Infecções sexualmente transmissíveis;
- Dependência do álcool, tabaco e outras drogas;
- Acidentes domésticos e de viação;
- Doenças evitáveis pela vacinação.

Dado que a grande procura dos cuidados de saúde continua a ser devido a doenças crónicas com base comportamental é essencial motivar as futuras gerações para a mudança de hábitos de vida, visando uma alimentação e exercício físico adequados e que contribuam para que as pessoas possam ter como referência para a sua saúde, o seu IMC, não esquecendo o rastreio dos mais jovens visando o diagnóstico precoce.

O combate à pré-obesidade e obesidade é prioritário, começando desde cedo pela intervenção na promoção e suporte ao aleitamento materno.

Os comportamentos aditivos, os acidentes, as infecções sexualmente transmissíveis e as infecções transmitidas por via respiratória, bem como as doenças infecciosas passíveis de serem prevenidas pela vacinação, são igualmente prioridades de intervenção.

O trabalho de parceria com a rede social é fundamental e, implica amas, a comunidade escolar, as associações de idosos, as associações de jovens, a Misericórdia, o hospital de referência e as autarquias.



A educação para a saúde será desenvolvida em projectos de parceria, coerentes, consistentes e com sustentabilidade, envolvendo sempre que possível voluntariado e privilegiando a proximidade.

### 3 – PROJECTOS DE INTERVENÇÃO

A UCSPCJ possui um passado de intervenção comunitária do qual se orgulha. Neste sentido, embora neste momento os projectos não estejam a ser desenvolvidos, ser-lhes-á dada continuidade, assim que possível.

Os projectos existentes são os seguintes:

Cresce e Aparece

Estudar com Mais Saúde – Programa de Saúde Escolar

Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (trabalho de Parceria)

Cuidados Continuados Integrados

Rede Social

Rendimento Social de Inserção

Acções de sensibilização e prevenção para grupos de risco

Formação contínua

Comemorações Saúde e Comunidade

A UCSPCJ pretende ainda implementar a médio e a longo prazo:

Exercitar para a Parentalidade

Unidade Móvel para intervir em grupos de risco

Apoio e Acompanhamento a Pessoas / Famílias com Demência / Alzheimer

Daqueles que se inserem na área de intervenção da Enfermagem de Saúde Infantil destacam-se o projecto ‘Cresce e Aparece’, ‘Núcleo de apoio a Jovens e Crianças em Risco e Estudar com Mais Saúde.

#### CRESCE E APARECE

O Projecto ‘Cresce e Aparece’, tem como população alvo as grávidas, famílias de risco, puerperas, RN, e crianças dos 0 aos 6 anos. Em relação aos RN tem como objectivo que 80% destes devem ter pelo menos uma visita domiciliar, de forma a existir aconselhamento / apoio presencial no aleitamento materno.

Este projecto surge das necessidades sentidas pelos profissionais da UCSPCJ para dar cumprimento ao Programa de Saúde Materno e Infantil com a população, junto das grávidas / puerperas e RN de risco e respectivas famílias. Para além disso, também dar cumprimento à Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 – 100 compromissos para uma política da

família, e às directrizes do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao tipo de intervenção que a unidade de Saúde deverá assegurar, com o objectivo de ganhos em saúde.

Reporta-se ao PNS 2004/2010 que se destaca as intervenções prioritárias que ‘as instituições do Ministério da Saúde e de outros actores no sector da saúde devem assegurar, no contexto de uma agenda para ganhos em saúde’, a partir de 2004 (MS 2003 p.2). As suas principais estratégias orientadoras englobam a ‘prioridade aos mais pobres’ e a ‘abordagem centrada na família e no ciclo de vida’.

Dentro do quadro NASCER COM SAÚDE, que abarca o período da gravidez e neonatal, algumas das orientações estratégicas e intervenções necessárias indicadas no plano serão de seguida referidas: Prestar-se uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano após o parto, através dos Cuidados de Saúde Primários; continuar-se a aumentar os esforços de desenvolver acções dirigidas a públicos específicos, como por exemplo, adolescentes e grupos mais vulneráveis; propor-se como medida a incentivar nas Unidades de Saúde, as actividades de visita domiciliária e reforçar-se a promoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez, sobretudo dos que visam a diminuição de risco, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infecção por DST.

Pretende também melhorar alguns indicadores no período perinatal, dos quais se destaca o aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

Neste âmbito também existe na Unidade um projecto para criação de um cantinho da amamentação, no entanto devido à falta de infra-estruturas, mais propriamente de um espaço físico, este projecto não está a ser dinamizado.

Para colmatar esta lacuna no apoio à mãe que amamenta, a resposta é dada pela Enf.<sup>a</sup> Especialista em Saúde Infantil. Quando de alguma forma o problema/questão não pode ser resolvido na Unidade estas mães são encaminhadas para o Cantinho da Amamentação da Maternidade Alfredo da Costa.

Segundo a resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 – 100 compromissos para uma política da família 2004/2006 – ‘a família constitui, desde sempre, uma célula fundamental da sociedade e assume uma preponderância decisiva no desenvolvimento harmonioso das comunidades em que se integram, sendo imperioso reconhecer as funções específicas que desempenha e estimular a realização plena dessas funções’

As mudanças no sistema familiar numa sociedade cada vez mais complexa expõem as crianças a mais riscos. É necessária uma actuação sistemática dos profissionais e uma aposta em práticas que promovam a interacção família/equipa de saúde, a inserção na comunidade e a

acessibilidade aos recursos disponíveis, tornando-se num processo dinâmico, criativo, aliciante para a equipa e parceiros.

As crianças como seres em construção, são vulneráveis física e psicologicamente. Além desta vulnerabilidade, há cada vez mais crianças que não podem crescer de uma forma saudável e que um dia quando construírem família e tiverem filhos correrão o risco de repetir compulsivamente os acontecimentos traumáticos por que passaram. Sem uma intervenção precoce na sua resiliência estas crianças pelas suas vivências serão incapazes de funcionar adequadamente na escola e correm o risco de ficarem desamparadas em casa ou na rua sem horizontes promissores.

Este plano tem como alguns dos seus objectivos principais apoiar as famílias com necessidades específicas (que devem merecer acompanhamento, formação e programas adequados que privilegiam intervenções coordenadas e em articulação) e proporcionar e promover condições de desenvolvimento do ciclo familiar, bem como favorecer a estabilidade da família (desenvolvendo medidas concretas que correspondam às necessidades próprias das diferentes fases do ciclo de vida familiar). Para atingir estes objectivos a UCSPCJ, rege-se pelo princípio orientador da proximidade e adequação – os serviços e demais recursos de apoio à família devem estar próximos das famílias e atender às suas necessidades.

#### **Indicadores: Projecto Cresce e Aparece**

60% dos recém-nascidos / famílias de risco em 2010
70% dos recém-nascidos / famílias de risco em 2011
80% dos recém-nascidos / famílias de risco em 2012

#### **NUCLEO DE APOIO A JOVENS E CRIANÇAS DE RISCO**

A lei de bases da Saúde na alínea c) do nº 1 da Base II atribui particular relevo às crianças e adolescentes considerando-os como ‘grupos sujeitos a maiores riscos’ pelo que preconiza a necessidade de tomada de ‘medidas especiais’, em diferentes áreas de responsabilidade entre as quais a da Saúde, pela Lei nº 147/77 de 1 de Setembro, que institui o Regime Geral da Protecção de Crianças e Jovens em perigo.

A Unidade de Saúde Coração de Jesus é uma instituição parceira da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens fazendo-se representar por uma Psicóloga respectivamente na comissão alargada e na comissão restrita.

O Despacho nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, criou a rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em risco da qual fazem já parte a psicóloga e também existe um trabalho de parceria com outros técnicos, nomeadamente na área social, no entanto urge, que seja incluída nesta parceria uma EESIP.

A população alva deste projecto de parceria é todas as crianças e jovens em risco/perigo com idade até aos 18 anos, tendo como objectivos colaborar na avaliação, diagnóstico e acompanhamento de situações de crianças e jovens que dêem origem a processos na comissão, e encaminhar as situações referenciadas com necessidade de intervenção na área da saúde para vários técnicos de saúde de acordo com a situação identificada.

**Indicadores: Projecto N.A.J.C.R.**

Visitação Domiciliária	80% - 2010
	90% - 2011
	95% - 2012
Encaminhamento	80% - 2010
	90% - 2011
	95% - 2012

**ESTUDAR COM MAIS SAÚDE**

O programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2007) refere que ‘saúde escolar é o referencial do sistema da saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola.’

A UCSPCJ até aqui sempre deu resposta eficaz a este programa, no entanto os dois elementos que faziam parte da equipa aposentaram-se. Para se reiniciar este projecto aguarda-se a integração de novos elementos.

O desenvolvimento de actividades de saúde escolar só será efectiva se forem fomentadas sinergias entre a saúde escolar e as actividades curriculares. Quando os serviços de saúde, os serviços de educação, a família e a comunidade trabalham sintonizados, as crianças/jovens conseguirão mais facilmente fazer escolhas promotoras de saúde ao longo do ciclo de vida. Aos profissionais cumpre criar um ambiente: são, criativo, motivador e gerador de inter-ajuda, pois só assim se sentirão mais satisfeitos pelo trabalho realizado.

Os alunos adolescentes constituem um grupo etário com peculiaridades face às vicissitudes que operam no seu processo de crescimento e desenvolvimento tendo muitas dúvidas e

curiosidade pelas situações de risco. Perante este ímpeto nunca é demais alertá-los para a promoção responsável da sua autonomia, a construção da sua identidade, o desenvolvimento do espírito crítico face à diversidade de ofertas e desafios, e o aproveitamento do seu dinamismo na promoção de estilos de vida saudáveis.

Deste modo a UCSPCJ pretende colaborar na mudança de metodologias de intervenção, tornar a equipa pró-activa na promoção da saúde na escola, integrar para procurar educar para os valores e para a participação cívica, tentando habilitar as crianças e jovens para escolhas seguras relativamente a estilos de vida saudáveis.

Este projecto tem como população alvo toda a comunidade educativa do ensino público e IPSS e vai de encontro aos projectos de promoção da saúde prioritários definidos no Programa Nacional de Saúde Escolar, sendo eles: a saúde oral, alimentação saudável; educação para o ambiente e saúde; saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DST; prevenção de consumos nocivos; prevenção de ansiedade e stress e prevenção do bullying;

#### **Indicadores: Projecto Estudar com mais Saúde**

Alunos com mais de 6 anos com Exame de Saúde Global	70% - 2010 80% - 2011 80% - 2012
Alunos com 13 anos com Exame de Saúde Global	30% - 2010 40% - 2011 50% - 2012
Alunos no Ensino Pré-Escolar com Plano Nacional de Vacinação actualizado	95% - 2010 95% - 2011 98% - 2012
Alunos de 6 anos com Plano Nacional de Vacinação actualizado	95% - 2010 95% - 2011 98% - 2012
Alunos de 13 anos com Plano Nacional de Vacinação actualizado	95% - 2010 95% - 2011

	98% - 2012
Alunos com Necessidades de Saúde Especiais encaminhadas	95% - 2010 95% - 2011 95% - 2012
Alunos com Necessidades de Saúde Especiais tratadas ou em tratamento	95% - 2010 95% - 2011 95% - 2012

**Indicadores: Projectos Prioritários Promotores de Saúde**

Projectos Específicos de Promoção de Saúde	70% - 2010 80% - 2011 90% - 2012
Acções de Educação para a Saúde efectuadas	80% - 2010 90% - 2011 90% - 2012
Alunos abrangidos por projectos específicos de Educação para a Saúde	40% - 2010 50% - 2011 60% - 2012
Escolas que recebem fluor	90% - 2010 95% - 2011 95% - 2012

**ESPAÇO JOVEM**

A Unidade teve em tempos representação através de uma EESIP, no Gabinete de Apoio ao Jovem, da Escola Básica 2,3 Marquesa de Alorna e que a equipa gostaria de retomar assim que os recursos o permitir.

Estes profissionais prestam um apoio gratuito, confidencial e que se tenta que vá ao encontro das necessidades dos jovens que aí se dirigem, criando um ambiente de proximidade e

confiança, nem sempre fácil noutros contextos, não esquecendo as orientações estratégicas do plano Nacional de Saúde, pretendendo-se ‘Aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens’ e ‘uma intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de DST.’

#### **Indicadores: Projecto Espaço Jovem**

Atendimentos / Consultas realizadas anualmente na Unidade	85% - 2010 88% - 2011 95% - 2012
Atendimentos realizados anualmente no Espaço Jovem	85% - 2010 88% - 2011 95% - 2012
Jovens que solucionaram o problema que os levou a recorrer os Espaço Jovem	70% - 2010 75% - 2011 80% - 2012
Encaminhamentos Realizados	85% - 2010 90% - 2011 95% - 2012

#### **JOVENS PROMOTORES DE SAÚDE**

Os cuidados de saúde primários têm particular responsabilidade na promoção e prevenção, orientadas globalmente para a comunidade e dando particular atenção aos grupos vulneráveis. Os adolescentes como grupo vulnerável, apresenta um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, de condutas violentas, de mortalidade por acidentes, da maternidade e paternidade precoces e de comportamentos potencialmente aditivos, relacionados com álcool, o tabaco e as drogas ilícitas.

Os adolescentes estão nas escolas e aí passam a maior parte do seu tempo, esta tem o espaço e o tempo ideal para promover a saúde, é o local onde convivem diariamente com os professores, sendo estes os seus interlocutores privilegiados.

A comunidade escolar pode e deve servir de veículos a estilos de vida promotores de saúde.



A escola tem como finalidade a transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, deve, também educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, como um processo de aquisição de competências e promoção da autonomia na ‘construção’ de futuros adultos saudáveis e contribuir para a sua qualidade de vida.

A promoção da saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.

O projecto de formação de jovens promotores em saúde visa através de um programa de formação a intervenção através de pares desenvolver estratégias de disseminação e apropriação pessoal das mensagens de saúde, promover nos jovens as capacidades individuais de avaliar as vantagens e desvantagens dos seus comportamentos e a resistência à pressão do grupo do funcionamento humano, facilitando a aquisição de novos modos de pensar, sentir, agir e relacionar-se com os outros.

Com o objectivo de que a intervenção destes jovens com os seus pares seja efectiva na sala de aula ou na escola, entende-se necessário o envolvimento de professores e pais.

#### **Indicadores: Projecto Jovens Promotores de Saúde**

Alunos abrangidos pelas acções de promoção realizadas	75% - 2010 80% - 2011 90% - 2012
Reuniões com parceiros realizadas	85% - 2010 90% - 2011 95% - 2012
Reuniões com professores realizadas	85% - 2010 90% - 2011 95% - 2012
Reuniões com pais realizadas	75% - 2010 80% - 2011 90% - 2012
Sessões com alunos realizadas	90% - 2010

	95% - 2011
	95% - 2012

Os projectos apresentados, têm como pressupostos, os cuidados a prestar, às pessoas, famílias, grupos em risco ou dependência, assim como, a educação para a saúde tendo em conta o desenvolvimento de capacidades no grupo alvo.

Face ao exposto nos capítulos anteriores, foi possível fazer escolhas na minha actuação e ir de encontro às necessidades desta unidade de saúde.

Durante a minha exposição de actividades no relatórios estarão explicitas as minhas actividades e fundamentadas as escolhas baseada nos dados aqui mencionados.

A realização deste documento facilitou a minha compreensão e integração na dinâmica dos cuidados prestados na UCSPCJ.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DL 28/2008 de 22 de Fevereiro – *Caracterização geral e criação dos agrupamentos dos centros de saúde*

DL 101/2006 de 6 de Junho – *Criação da rede nacional de cuidados continuados integrados*

DL 81/2009, de 2 de Abril – *Regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública*

Despacho 10143/2009, de 16 de Abril – *Regulamento da organização e do funcionamento da unidade de cuidados na comunidade*

Ministério da saúde, Direcção Geral da Saúde. *Plano Nacional da Saúde 2004 - 2010 – Volume I- Orientações estratégicas*. Lisboa. DGS, 2004.

Ministério da saúde, Direcção Geral da Saúde. *Plano Nacional da Saúde 2004 - 2010 – Volume II- Orientações estratégicas*. Lisboa. DGS, 2004.

Ministério da Saúde, *Saúde Infantil e Juvenil, Programa tipo de actuação – Orientações Técnicas*. DGS, Lisboa, 2006.

Ministério da Saúde, *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa. DGS, 2006

Ministério da Saúde, *Programa Nacional de Vacinação – Orientações Técnicas*. Lisboa. DGS, 2005

# **Anexo II**

## **Caracterização da UCIN do HSS**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

# **Caracterização**

**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

**Hospital de São Sebastião**

**Aluna:** Cristina Oliveira

**Sob orientação:** Mestre Constança Festas

**Porto, Outubro de 2010**

## INDICE

	Pág.
<b>1 - INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>2 – CRIAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS</b>	<b>4</b>
<b>3 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE NEONATAIS EM PORTUGAL</b>	<b>5</b>
<b>4 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO</b>	<b>6</b>
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	7
<b>5 – PROJECTOS DE INTERVENÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>10</b>

## **1 - INTRODUÇÃO**

Este documento surge no âmbito do Estágio Módulo III, do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica do Porto, a realizar-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, do Hospital de São Sebastião no período de 27 de Setembro de 2010 a 29 de Outubro de 2010, com a duração de 90 horas presenciais.

O presente documento tem como objectivo sintetizar a informação recolhida da observação informal realizada na UCIN e assim fomentar as escolhas feitas.

A recolha da informação contida neste documento foi realizada através da observação participada, conversas informais com a Enfermeira Orientadora e restante equipa, tal como através da consulta dos documentos existentes no serviço.

## 2 – CRIAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A história da Neonatologia é indissociável da história da Pediatria, sendo que esta, como especialidade médica afirmou-se durante a segunda metade do século XIX.

A elevada morbimortalidade neonatal constituiu uma exigência que preocupou e motivou a sociedade no sentido da compreensão da realidade existente e dos métodos e meios necessários à sua resolução.

Pierre Budin (1846-1907) foi considerado o criador da Neonatologia moderna, termo que viria a ser introduzido na nomenclatura médica somente em 1963 por Alexander Schaffer, no livro "*Diseases of the Newborn*".

Com a década de setenta assiste-se ao aparecimento das unidades intensivas neonatais (1971-1989), caracterizadas por um maior número e diversidade de profissionais qualificados, à institucionalização de normas de conduta, à introdução de um equipamento mais próximo das exigências clínicas (Gregory e Colab., 1971). Foi o tempo da regionalização na gestão dos cuidados de saúde perinatal e da estruturação dos sistemas de transporte com pessoal especializado, entre os aspectos mais relevantes.

A enfermagem também exerceu um papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. Um artigo escrito pelo Pediatra Julius Hess mostra que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço como supervisoras. Neste período cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros.

Hoje existe uma clara consciencialização da necessidade de se proceder a mudanças estruturais em termos políticos, económicos e culturais no sentido de uma crescente valorização e acessibilidade à assistência pré-natal e à identificação de factores de risco de forma a disponibilizar os recursos humanos e materiais necessários sem descurar a constante valorização da efectividade no desenvolvimento de cada criança.



### **3 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NEONATAIS EM PORTUGAL**

A organização dos Cuidados de Saúde Neonatais, em Portugal, encontra-se descrita, no Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal.

Este programa foi elaborado pela Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, com soluções estruturais imprescindíveis de forma a assegurar a segurança e qualidade no parto e no nascimento.

Como estratégia para rentabilizar recursos, os Hospitais foram hierarquizados em Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, desta forma, hospitais e centros de saúde foram integrados em Redes de Referência Materno Infantil, com áreas geográficas bem definidas e com as responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes, descritas.

Para garantir uma articulação eficaz entre os intervenientes e executar um sistema de monitorização, avaliação e formação dentro das redes de referência, foram criadas as Unidades Coordenadoras Funcionais.

O Hospital de São Sebastião, parte integrante do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, é considerado um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado da Região Norte.

Deste modo a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais deste hospital foi criada de forma a assumir as responsabilidades descritas no Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal, tendo uma equipa de Neonatologistas, independente do Serviço de Pediatria, que garante presença física de 24 horas.

#### 4 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., com sede em Santa Maria da Feira, foi criado na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro, agrupando o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis), com efeitos a partir de 1 de Fevereiro de 2009.

A UCIN está localizada dentro da estrutura hospitalar do Hospital de São Sebastião e dispõe de recursos para o diagnóstico e tratamento de qualquer tipo de patologia neonatal, incluindo os procedimentos especializados, estando próxima da sala de parto.

A UCIN precisa ser bem planeada, para evitar falta de leitos e para isto é preciso considerar factores importantes, como:

✓ **Localização geográfica:**

- Localizada em Santa Maria da Feira

✓ **População assistida:**

- O Centro Hospitalar é responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes, residente nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva (algumas freguesias).

✓ **Recursos humanos disponíveis**

A UCIN é composta por uma equipa multidisciplinar

- Equipa da Enfermagem
  - 18 Enfermeiros
  - 3 Enfermeiros Especialista

- Equipa Médica

- 7 Médicos Pediatras

- 5 Técnicos Operacionais
- 1 Assistente Social
- 1 Técnica Administrativa
- Outros Colaboradores

✓ Estrutura

A UCIN é constituída por duas áreas distintas, uma de apoio clínico e outra de prestação directa de cuidados ao Recém-nascido e Família.

Área de Prestação de Cuidados é constituída por uma área ampla com 4 unidades para Recém-nascido de maior risco, 5 de cuidados intermédios e 1 de Isolamento.

Todas as unidades estão equipadas com monitorização e uma incubadora ou berço, quando a situação clínica do RN assim o permitir.

Como salas de Apoio a esta área existe uma sala de amamentação, onde as mães retiram o leite para ser armazenado.

Tem ainda uma sala de sujos e uma outra onde é armazenado o material.

Existem ainda 1 gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma copa e uma sala para armazenamento do material de uso clínico.

#### 4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Tal como referido anteriormente a UCIN do HSS é constituída por um total de 21 enfermeiros, dos quais três são Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, sendo uma a Enfermeira Chefe e a outra a Enfermeira Responsável pela Unidade. Existe ainda uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Neste momento duas Enfermeiras encontram-se a frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e duas o Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

É uma equipa com uma média de idade relativamente baixa, sendo uma equipa jovem e em constante alteração.

Recentemente foi admitida uma nova enfermeira e neste momento não têm recursos humanos suficientes para cobrir todas as necessidades, uma vez que dois elementos estão de licença de maternidade e um de atestado médico.

## **5 – PROJECTOS DE INTERVENÇÃO**

A UCIN possui alguns projectos de entre os quais a melhoria e aperfeiçoamento da Sala de Amamentação, sendo que este projecto aguarda disponibilidade para ser realizado.

Em continuidade com a Formação em Serviço do Ano anterior, é projecto do serviço iniciar a construção de um manual de normas e procedimentos da Unidade. Uma vez que em conversa informal com a Enfermeira Orientadora, esta referiu que não há adesão por parte da equipa à formação em serviço, achei ser um trabalho que poderia deixar iniciado no serviço de forma a motivar a equipa a promover a uniformização da prestação de cuidados.

Da minha observação informal, deparei-me com a falta de informação aos pais sobre o funcionamento da Unidade, esta informação é dada aos pais na primeira visita ao RN, no entanto dadas as circunstâncias são informações para os quais a maioria das vezes não estão despertos e que acabam por se perder. Deste modo propus-me a iniciar a realização de um guia de acolhimento aos pais. No entanto, este trabalho não foi aceite uma vez que existe um guia orientador para os pais, mas este aguarda autorização da direcção para ser aplicado.

Do meu projecto pessoal e caminho a seguir, após exposição à Enfermeira Orientadora, tentarei realizar uma breve pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento do RN e o impacto do ambiente da UCIN, da qual resultará um artigo para publicação.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

MS, Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização Perinatal Nacional - Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Lisboa. Março de 2006

# **Anexo III**

## **Caracterização UPP**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

# **Caracterização**

**Urgência Pediátrica**

**Hospital de São João**

**Aluna:** Cristina Oliveira

**Sob orientação:** Mestre Constança Festas

**Porto, Novembro de 2010**



## **INDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>2 – ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTEM EM SITUAÇÃO DE DOENÇA AGUDA</b>	<b>4</b>
<b>3 – HOSPITAL DE SÃO JOÃO</b>	<b>5</b>
3.1 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	5
<b>3.1.1 – Estrutura Física da UPP</b>	<b>6</b>
<b>3.1.2 - Caracterização dos Recursos humanos da UPP</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>12</b>

## **1 - INTRODUÇÃO**

Este documento surge no âmbito do Estágio Módulo III, incluído no 3º Curso de Pós-Licenciatura, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica do Porto, a realizar-se no Serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital São João no período de 2 de Novembro de 2010 a 26 de Novembro de 2010, com a duração de 90 horas presenciais.

O presente documento tem como objectivo sintetizar a informação recolhida da observação informal realizada no Serviço de Urgência Pediátrica e assim fomentar as escolhas feitas.

A recolha da informação contida neste documento foi realizada através da observação participada, conversas informais com o Enfermeiro Orientador e restante equipa, tal como através da consulta dos documentos existentes no serviço e bibliografia.

## **2 – ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE DOENÇA AGUDA**

No ano de 2001 e 2002 foram aprovados os despachos que regulamentam a Rede de Referência de Urgência/Emergência e a criação de Unidades Básicas de Saúde, pretendendo articular em rede os recursos das instituições de saúde de modo a garantir uma estruturada capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente de toda a população portuguesa, no entanto estas vieram a demonstrar-se medidas desajustadas, pelo que em conformidade com o Despacho nº 18 459 de 12 de Setembro de 2006, foi aprovada a criação de uma rede articulada de serviços de urgência com três níveis de hierarquização, correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas, evitando, assim, encaminhamentos sucessivos do doente urgente/emergente.

Os níveis de urgência deverão ser classificados segundo os três níveis seguintes abaixo caracterizados:

- Serviço de Urgência Polivalente (SUP) – o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência / emergência;
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) – o segundo nível de acolhimento das situações de urgência;
- Serviço de Urgência Básica (SUB) – o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência.

Sendo o HSJ, um hospital central, tem capacidade para responder a situações de urgência e emergência, ao nível mais elevado, possuindo uma urgência polivalente, com urgência de pediatria diferenciada da urgência geral e com todas as valências para atendimento às diversas situações.

### **3 – HOSPITAL DE SÃO JOÃO**

O Hospital de São João foi criado em 1943, sendo na época designado por Hospital Escolar do Porto. No entanto este hospital foi apenas inaugurado em 1959, incluindo um serviço de Pediatria.

Está localizado na cidade do Porto e é o maior hospital da região Norte e o segundo maior do país, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas.

De forma a facilitar a organização das diferentes áreas de acção médica e após a alteração do estatuto jurídico do HSJ para entidade pública empresarial (decreto-lei 233/2005), surgem as Unidades Autónomas de Gestão (UAG's), com o objectivo de melhorar a agilidade e efectividade da gestão clínica e para facilitar e consolidar o processo de contratualização anual dos serviços. As UAG's são 6, sendo que o serviço de Urgência Pediátrica está inserido na UAG da Mulher e da Criança, tal como todos os outros serviços destinados à população pediátrica.

#### **3.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

A Urgência Pediátrica do Porto (UPP) está centralizada no Hospital de São João, e é referência de toda a assistência pediátrica emergente da zona Norte do País.

O HSJ é um dos onze hospitais com serviço de urgência pediátrica autónoma existentes no Norte de Portugal e é o único na cidade do Porto, sendo ainda um hospital de referência para a restante região Norte do país.

O concelho do Porto é constituído por 15 freguesias. Embora só 4 sejam da responsabilidade do hospital, a organização da urgência pediátrica é de modo a que todas as freguesias sejam da responsabilidade do hospital para a urgência de Pediatria.

O distrito do Porto possui 18 concelhos, apenas 15 dos quais têm o HSJ como referência para a urgência geral, mas para todos eles é a referência para a urgência pediátrica. É ainda o centro de referência para outros distritos do Norte de Portugal, nomeadamente da região do Minho que inclui os distritos de Braga e Viana do Castelo.

É objectivo da UPP tratar com qualidade e eficiência todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade, com doença aguda que acoorem ao SU.

O acesso é global, directo e referenciado, sendo desejável a observação prévia das crianças e adolescentes pelo seu médico assistente, exceptuando os casos de doença súbita ou violenta.

A Administração Regional de Saúde e o Ministério da Saúde criaram a UPIP, Urgência Pediátrica Integrada do Porto, que tenta garantir os melhores cuidados à criança e ao adolescente em caso de doença aguda, através de um serviço, em rede, célere e eficiente.

Nesta rede, os Centros de Saúde, SASU e Hospitais, trabalham em equipa, de forma a oferecer à criança e ao adolescente com doença aguda, um atendimento rápido e seguro.

A rede abrange os concelhos de Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto e Valongo, sendo que as crianças e adolescentes se deverão dirigir em primeiro ao Centro de Saúde ou SASU da área de residência e, caso necessário serão reencaminhados para a Urgência Pediátrica do HSJ.

O objectivo desta rede seria também a diminuição dos tempos de espera e diminuir o número de casos não urgentes que recorrem ao serviço de urgência, no entanto na prática os efeitos da criação desta rede integrada, são reduzidos. Os pais continuam em larga escala a dirigir-se em primeiro lugar ao serviço de urgência, aumentando assim os tempos de espera na UPP.

Ainda se verificam algumas situações reencaminhadas dos CS e SASU, mas numa percentagem reduzida.

### **3.1.1 - Estrutura Física da UPP**

A estrutura física da UPP foi recentemente remodelada, tendo sido inaugurado em 2006 o espaço que actualmente ocupa.

A nova urgência pediátrica do Hospital de S. João configura um verdadeiro mundo de sonho para as crianças, através da recriação de todo um imaginário infantil estampado nas paredes em desenhos e retratos coloridos de paisagens e castelos, bonecos e frases de grandes autores como Fernando Pessoa, a nova urgência pretende ser um espaço capaz de reduzir a fobia dos mais novos aos hospitais.

O SU de pediatria do HSJ está organizado nas seguintes áreas:

Área de admissão e recepção

Área de triagem

Área de OBS

Área de emergência pediátrica

Para além destas áreas funcionais, existem uma sala de espera para o doente e respectivo acompanhante e um posto da PSP.

### **Área de admissão e recepção**

Localizada logo à entrada da Urgência de Pediatria, este é o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente.

Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de triagem.

### **Área de triagem**

Após a admissão, a criança ou adolescente, acompanhado por familiar, entra para a zona de triagem para ser atendido por um enfermeiro.

Deste gabinete a criança/jovem é encaminhado para uma das duas salas de espera adjacentes a este gabinete de triagem, onde aguardam a chamada segundo prioridades para os gabinetes onde serão observados pelo médico.

Existem 8 gabinetes, sendo um dos quais destinado para a pequena cirurgia e um para actos de enfermagem, os restantes são gabinetes médicos.

Adjacente a estes gabinetes existe uma sala designada por Sala Laranja / Amarela, onde geralmente permanecem as crianças ou adolescentes que necessitam de vigilância e ou tratamento mas que não se prevê a necessidade prévia de internamento na área de OBS.

### **Área de OBS**

Este é um espaço para atendimento de crianças e adolescentes que necessitam de vigilância e/ou tratamento com situações clínicas nas quais se prevê um período de permanência até 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta.

Esta área está equipada com 10 camas e equipamento de monitorização de parâmetros vitais e assegura vigilância médica e de enfermagem de modo permanente e contínuo.

Destas 10 camas, uma delas destina-se a situações que necessitem de isolamento.

Conta ainda com uma área de sujos e uma casa de banho para uso dos utentes.

### **Área de emergência pediátrica**

É constituída por uma Sala de Emergência, onde é feita a recepção, avaliação e estabilização inicial das crianças e adolescentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais que necessite de tratamento imediato.

### **CIRCUITO DO DOENTE**

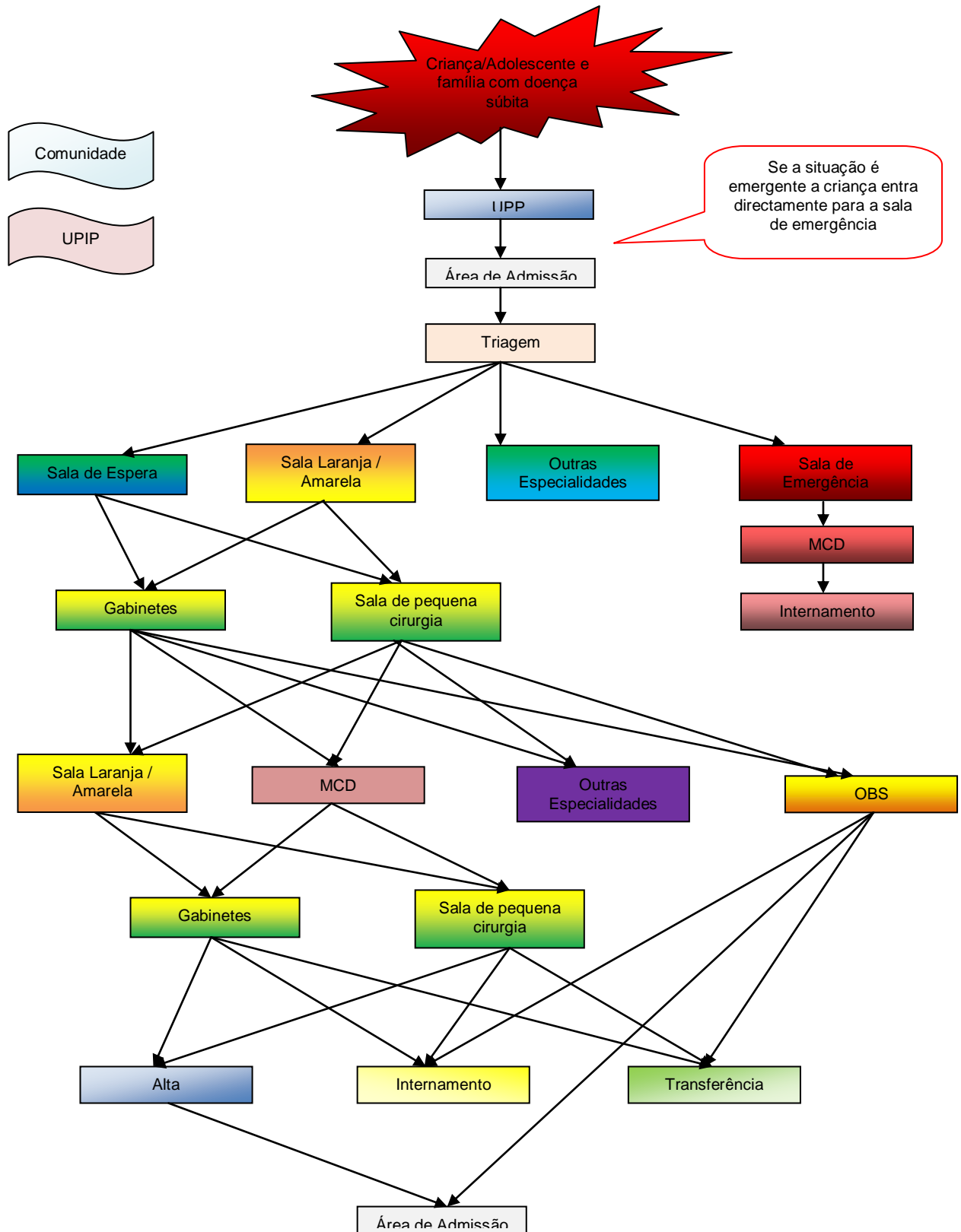
Após a entrada no SU, e após os procedimentos administrativos, deve aguardar a chamada para a triagem que será efectuada sempre que possível nos próximos 10 minutos.

Após a observação na área de triagem aguarda numa das salas de espera adjacentes, a chamada para observação clínica. Depois desta observação poderá ser necessária a realização de tratamentos (gabinete de Enfermagem ou sala Laranja / Amarela) ou exames complementares de diagnóstico em outras áreas do SU, ou do Hospital.

Após a alta e antes de abandonar o SU o doente deve dirigir-se ao posto administrativo e ali validar todos os documentos que lhe foram entregues (receitas, credenciais, marcações de consulta, etc.).

Se for internada a criança ou jovem e o acompanhante serão conduzidos, para a área de OBS, ao Serviço de Internamento referente do HSJ ou transferido para outro Hospital.

Na página seguinte encontra-se esquematizado o circuito do doente.





### **3.1.2 - Caracterização dos Recursos Humanos da UPP**

A equipa multidisciplinar que integra a UPP é composta por vários profissionais de diferentes categorias profissionais. Desde médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e tem a colaboração de diversos técnicos que constituem as equipas de serviços que fazem articulação com o SU, nomeadamente radiologia, bloco operatório, serviço de internamento, entre outros. O corpo clínico é muito diverso estando dividido por equipas de médicos que rotativamente asseguram o atendimento na UPP. Estas equipas podem ser, além da equipa do HSJ, de diversos hospitais da região do Porto, nomeadamente, Hospital Geral de Santo António, Hospital Pedro Hispano e Hospital Maria Pia.

#### **Equipa de Enfermagem**

De forma a assegurar o melhor atendimento possível à criança ou jovem em situação de doença aguda com necessidade de tratamento urgente foi constituída uma equipa de enfermagem com cerca de 50 enfermeiros, dos quais 17 são especialistas e os restantes enfermeiros generalistas.

Pelo facto de ser uma equipa com um grande número de enfermeiros estes estão organizados por equipas.

Esta foi uma equipa que sofreu recentemente grandes alterações, uma vez que perderam diversos elementos, maioritariamente enfermeiros especialistas, tendo sido admitidos apenas enfermeiros recém-licenciados ou com pouca experiência no atendimento a crianças ou adolescentes em situação de doença aguda ou acidente. Este facto levou à necessidade de uma organização mais detalhada de forma a manter o nível de qualidade elevado de cuidados prestados a estas crianças e adolescentes.

A distribuição dos elementos é feita de igual forma em todos os turnos, manhã, tarde e noite, estando 7 enfermeiros, sendo distribuídos 2 para a área de OBS, 1 para a pequena cirurgia, 3 para os gabinetes dos quais dois terão de ser obrigatoriamente enfermeiros triadores. Além desta distribuição existe sempre o chefe de equipa que dá apoio em todas as áreas e está responsável por todas as questões relacionadas com a gestão do serviço que surjam durante o turno.

Durante o turno da manhã, de segunda a sexta-feira, contam com a presença do Enfermeiro chefe, EESIP Francisco Mendes no entanto a distribuição dos elementos é a mesma.

Em cada turno, contam com 3 assistentes operacionais, estando um distribuído para a área da triagem e sala de emergência, um para os gabinetes e outro para a área de OBS.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

<http://www.hsjoao.min-saude.pt>

Despacho n.º 18 459/2006, publicado no Diário da República, 2.ª Série – N.º 176 – 12 de Setembro de 2006

Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro

# **Anexo IV**

## **Caracterização do Serviço de Pediatria do HPH**



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

# **Caracterização**

**Serviço de Pediatria  
Hospital de Pedro Hispano**

**Aluna:** Cristina Oliveira

**Sob orientação:** Mestre Constança Festas

**Lisboa, Janeiro de 2011**

## **INDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>1 - INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>2 – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</b>	<b>5</b>
<b>3 – HOSPITAL PEDRO HISPANO</b>	<b>8</b>
<b>4 – SERVIÇO DE PEDIATRIA</b>	<b>9</b>
4.1 – ESTRUTURA FÍSICA	9
4.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS	11
<b>4.2.1 – Caracterização da Equipa de Enfermagem</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>13</b>

## 1 - INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde tem sido tradicionalmente categorizada e analisada através da classificação em subsistemas ou sectores de prestação: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Secundários e Cuidados de Saúde Terciários.

Cada um destes sectores é considerado um subsistema do Sistema Nacional de Saúde e espera-se que sejam sectores ambíguos ou indistintos para que o utente possa seguir um percurso linear, no entanto em muitos casos, estes três sectores são estanques e não comunicantes.

Foi neste sentido, e com o intuito de aumentar a coordenação da prestação entre níveis de cuidados que, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, foram criadas as Unidades Locais de Saúde.

Este modelo de organização, que integra a gestão de várias unidades de saúde de uma região para otimizar a resposta dos serviços, foi iniciado em 1999 com a ULS de Matosinhos e só em 2007 voltou a ser aplicado com a criação da ULS do Norte Alentejano. Em Setembro de 2008 surge a ULS da Guarda, Alto Minho e Baixo Alentejo e recentemente a ULS de Castelo Branco.

O principal objectivo do Ministério da Saúde na concretização de vários modelos de organização de prestação de cuidados tem por base dois princípios fundamentais: aumentar o acesso dos cidadãos e gerir melhor os recursos disponíveis, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Este modelo de gestão integrado define-se como os sistemas, processos e comportamentos em que as instituições direccionam e controlam as suas funções de forma a alcançar os seus objectivos organizacionais, a segurança e qualidade da prestação, e em que se relacionam doentes e prestadores, a comunidade e os parceiros.

Baseada nesta particularidade achei pertinente realizar este documento que surge no âmbito do Estágio Módulo II, incluído no 3º Curso de Pós-Licenciatura, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica do Porto, a realizar-se no Serviço de Pediatria, do Hospital Pedro Hispano no período de 29 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011, com a duração de 180 horas presenciais.

O presente documento tem assim como objectivo sintetizar a informação recolhida da observação informal realizada no Serviço, tal como fomentar as escolhas feitas.

A recolha da informação contida neste documento foi realizada através da observação participada, conversas informais com os Enfermeiros Orientadores e restante equipa, tal como através da consulta dos documentos existentes no serviço e bibliografia e internet.



## **2 – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS**

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) foi criada em 9 de Junho de 1999, tornando-se Entidade Pública Empresarial em 2005, pelo Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro. Desta forma a ULSM é dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, assumindo uma gestão integrada de saúde, na qual todas as valências do Serviço Nacional de Saúde são implementadas e geridas pelo Conselho de Administração.

Da ULSM fazem parte o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Convalescença e o Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos, sendo que todos eles têm a mesma administração, o que veio possibilitar a criação de uma plataforma de interacção que facilita o papel e o sentido complementar requerido entre o Hospital e os Centros de Saúde.

Há mais de uma década que a ULSM aposta na modernização e qualidade dos cuidados de saúde, aproximando grupos profissionais de realidades diferentes, centrando os cuidados no utente e apostando na reorganização interna.

Actualmente, enfermeiros e médicos comunicam facilmente entre si sempre que um doente vai do Centro de Saúde, ou Unidade de Saúde Familiar (USF) para o Hospital ou quando este recebe alta hospitalar, através de um aplicativo informático, que permite consultar o processo do doente e pela utilização de telefones portáteis internos.

### **Visão**

Acessibilidade simplificada e facilitada, equidade garantida, integração eficaz e comprometida, produtividade e eficiência na utilização dos recursos e diminuição das necessidades em saúde, desde logo para as doenças evitáveis, e uma população mais consciente para assumir estilos de vida saudáveis.

### **Missão**

Satisfazer todas as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos autocuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referenciação para outros níveis da rede hospitalar.

Tem como rede de intervenção os Centros de Saúde, o Hospital Pedro Hispano e a rede de Cuidados Continuados e todos os pólos de intervenção social disponíveis para parcerias em saúde, sem esquecer as novas tecnologias de informação.

Acessoriamente assegurar os cuidados hospitalares, como segunda referência, ao Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim - Vila do Conde.

### **Valores**

Valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana, atitude de serviço, atenção e cortesia, compaixão e respeito, competência e eficiência.

### **Atribuições da ULSM:**

Prestar cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos;

- ✓ Prestar cuidados diferenciados de saúde às populações residentes na área de influência da ULSM;
- ✓ Assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos;
- ✓ Participar no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do sector, mediante a celebração de acordos com as entidades competentes.

### **Política da Qualidade**

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos:

- ✓ Assume a qualidade, consubstanciada na satisfação dos seus utentes e profissionais, como valor fundamental.
- ✓ Define qualidade como o nível de prestação de serviços que assegura a mais alta probabilidade de efeitos desejáveis e minimiza a probabilidade de efeitos indesejáveis na prestação desses serviços, tendo em conta o estado da arte em matéria técnico-científica e a maximização da sua efectividade ao melhor custo.

Neste contexto, a ULSM tem como objectivo ir ao encontro das necessidades e superar as expectativas dos utentes/doentes a quem presta serviços, bem como de outras partes interessadas.

Sistematiza os processos de trabalho em políticas, regulamentos, procedimentos, protocolos e outros documentos que definem, de uma forma clara, os requisitos das prestações realizadas, traduzindo-se em fluxos de trabalho para todas as áreas de actividade e identificando todos os processos críticos e os respectivos procedimentos de gestão de risco, de acordo com a estratégia de risco da organização.

Efectua auditorias regulares que permitem, simultaneamente, controlar os processos de trabalho e evidenciar orientações que possam ser adicionadas aos Planos de Actividades dos Serviços, garantindo a definição de medidas para a implementação de melhorias e por conseguinte uma estratégia de melhoria contínua de qualidade.

Compromete-se em implementar práticas sistemáticas de gestão, cumprindo todos os requisitos normativos, legais, regulamentares, bem como as boas práticas clínicas, que conduzam à satisfação dos seus utentes e profissionais, com particular atenção na melhoria contínua dos processos organizacionais.

### **3 – HOSPITAL PEDRO HISPANO**

Este Hospital nasceu após um longo processo de anseios, promessas e definições, de forma a torná-lo numa estrutura moderna preparada para satisfazer as necessidades de uma população em franco crescimento, tendo o início do funcionamento ocorrido em 1997.

Tal como falei anteriormente a ULSM conta com uma vasta rede de cuidados de saúde primários, estes drenam todas as pessoas que necessitam de cuidados de saúde especializados para os cuidados de saúde secundários prestados no Hospital de Pedro Hispano que também fica localizado em Matosinhos.

O HPH é a sede da ULSM, onde se encontram os serviços transversais ao funcionamento da instituição como a Biblioteca, os Órgãos de Apoio Técnico e os Serviços de Apoio.

O Hospital Pedro Hispano, com uma lotação de 432 camas, presta ainda cuidados hospitalares directos à população do concelho da Maia e de referência aos Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, excepto para as áreas de traumatologia crânio-encefálica e de neurocirurgia, servindo, assim, uma população de aproximadamente 430.000 habitantes.

#### **4 – SERVIÇO DE PEDIATRIA**

O Serviço de Pediatria do Hospital de Pedro Hispano tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde e o bem-estar do recém-nascido, da criança, do adolescente e a da sua família com idades compreendidas entre os zero e os 18 anos.

Fica localizado no primeiro piso letra A do Hospital de Pedro Hispano. Faz parte do serviço de Pediatria a ala das consultas de desenvolvimento e o atendimento da UPIP (Urgência Pediátrica Integrada do Porto) desde 2006, e que se encontra nas antigas instalações da urgência Pediátrica no Piso -1, deste mesmo hospital.

##### **4.1 - ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HPH**

A lotação do Serviço de Pediatria é de 29 camas estando distribuídas por quartos que podem receber desde uma a oito crianças.

Na ala direita estão localizados os quartos ou enfermarias.

O quarto 1 e 2, está equipado com 3 camas preferencialmente destinados a adolescentes, que serão submetidos a cirurgias. Estes dois quartos têm casa de banho, televisão e cacifos.

Os quartos 3 e 4 têm capacidade para 4 crianças cada, estando equipados com televisão.

O quarto que se segue é o maior do serviço, sendo constituído por 8 camas e fica em frente à sala de trabalho de enfermagem. É portanto um quarto mais central com maior visibilidade para os enfermeiros e sempre que possível estão bebés, ou crianças pequenas que inspirem maior vigilância;

Existe ainda um quarto destinado a lactentes, recém-nascido com menos de 1 mês de vida. Este quarto possui capacidade para quatro berços e respectivos cadeirões para o acompanhante, estando ainda equipado com dois muda fraldas, uma banheira e uma televisão. A vantagem da existência deste quarto é proporcionar um ambiente mais calmo e tranquilo aos RN e para os proteger das infecções nosocomiais, dado serem facilmente susceptíveis a desenvolver infecções pela sua imaturidade.

Os dois quartos que se seguem têm capacidade para mais 4 camas e ainda no final do corredor existem 4 quartos de isolamento, possuindo cada um deles uma casa de banho.

Cada unidade é composta por um berço, cama de grades ou cama, dependendo da idade da criança, e um cadeirão ou sofá cama para o acompanhante, que poderá ser a mãe ou pai ou

outra pessoa significativa, que acompanha a criança durante a noite estando cada unidade separada por uma cortina. Para além disso cada unidade possui uma mesa de apoio e um armário com chave, estando ainda equipada com uma campainha.

As áreas de trabalho situam-se do lado direito do corredor, sendo as seguintes:

- Á entrada o secretariado;
- Área de sujos e área de limpos
- Casa de banho para os acompanhantes;
- Gabinete Médico;
- Casa de banho das crianças;
- Copa de leites;
- Gabinete de enfermagem e estação;
- Gabinete da enfermeira chefe;
- Sala de tratamentos;
- Casa de banho para banhos assistidos.

O serviço também possui uma sala de refeições situada num corredor lateral onde os pais ou acompanhantes das crianças internadas devem fazer as suas refeições e onde a criança poderá ser alimentada sempre que a sua condição clínica o permita.

Existe ainda uma sala destinada a actividades lúdicas, onde permanece uma Educadora de Infância e que desenvolve diversas actividades. Este é o local predilecto das crianças mais pequenas, pois podem brincar e interagir umas com as outras.

Os pais da criança ou o seu substituto podem permanecer junto desta durante as vinte e quatro horas, no entanto a partir das 23h poderá apenas permanecer uma pessoa.

A segurança das crianças é uma preocupação constante pelo que este serviço possui rigorosas normas de segurança que passam pela utilização de uma pulseira identificada com um sensor que alarma se a criança passar pela porta de entrada.

A porta da entrada directa para o serviço é uma porta automática que só se abre com os cartões de identificação dos profissionais do serviço e através de um botão que existe na sala de enfermagem, e portanto só com a autorização dos enfermeiros é que é aberta.

O sistema de visitas também é cuidadosamente vigiado pelos seguranças sendo apenas permitida a presença dos pais ou seus substitutos.

## 4.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A equipa multidisciplinar que integra o serviço de pediatria é composta por vários profissionais de diferentes categorias profissionais. Desde médicos, enfermeiros, técnicos operacionais e tem a colaboração de diversos técnicos que constituem as equipas de serviços com que fazem articulação, nomeadamente radiologia, bloco operatório, entre outros.

A direcção clínica está a cargo do Dr. José Carlos Aroso Reis Cidrais Rodrigues e a chefia de enfermagem ao cargo da Enfermeira Cristina Serrano.

### 4.2.1 – Caracterização da Equipa de Enfermagem

Os Enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica, indispensável ao funcionamento dos serviços e à garantia de acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial, em cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem prestados na ULSM regem-se por padrões de qualidade de elevada qualificação técnica, científica e ética, satisfazendo níveis de saúde cada vez mais exigentes e respondendo às solicitações dos utentes, no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, quer nos centros de saúde, quer no HPH.

De forma a assegurar o melhor atendimento com a máxima qualidade possível à criança ou jovem em situação de doença aguda ou crónica, com patologia médica ou cirúrgica foi constituída uma equipa de enfermagem com 25 enfermeiros, dos quais 13 são especialistas, no entanto apenas 2 são reconhecidos pela instituição como enfermeiros especialistas e os restantes são enfermeiros generalistas.

Pude constatar que a equipa de enfermagem é muito coesa e dinâmica utilizando o método de trabalho individual, no entanto muitas das intervenções são realizadas em equipa, sendo necessário na maioria dos procedimentos a presença de dois elementos, principalmente na execução de procedimentos invasivos, como punção venosa e aspiração de secreções por exemplo.

A distribuição dos elementos nem sempre é feita de igual forma em todos os turnos, dependendo do número de crianças internadas, geralmente no turno da manhã estão entre 4 a 5 enfermeiros, à tarde e noite 2 ou 3, sendo o número de crianças internadas distribuído de igual forma.

Durante o turno da manhã, de segunda a sexta-feira, contam com a presença da Enfermeira Chefe, no entanto a distribuição dos elementos é a mesma.

Em cada turno, contam com 2 assistentes operacionais, excepto no turno da noite que está apenas um.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **Sites Consultados**

<http://www.ulsm.pt>

### **Legislação consultada**

Decreto-lei nº 283 / 2002, 10 de Dezembro

Decreto-lei nº 126 / 2003, 23 de Junho

Decreto-lei nº 233 / 2005

# **Anexo V**

## **Dinamização e Organização do Dia Mundial da Criança**



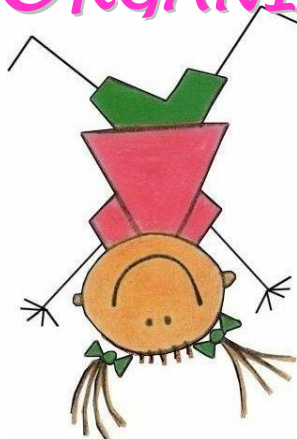
# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde



## ORGANIZAÇÃO



## DIA MUNDIAL



## DA CRIANÇA



**Cristina Oliveira**

**Lisboa, Junho de 2010**

# DINAMIZAÇÃO DIA MUNDIAL DA CRIANÇA

1 DE JUNHO DE 2010

## “SER CRIANÇA”

*“A criança é razão de ser do mundo e, mais do que isso, representa o futuro desse mundo.”*

(João Gomes Pedro, 2004)

### Fundamentação da Acção

Ser criança para muitos é ser feliz, inocente, frágil entre outras características, mas essas características dependem do contexto em que a mesma está inserida. Não podemos conceituar o que é infância sem destacar onde a mesma está inserida, qual o ambiente, e quais as pessoas, que participa no seu desenvolvimento.

Pensar em futuro, qualquer que seja a dimensão considerada, tanto em termos científicos como morais, obriga a pensar na criança e, sobretudo, obriga a reflectir se o que hoje investimos na criança é suficiente para garantir o melhor do seu porvir que é, por acréscimo, o do seu mundo (Pedro, 2004).

Considerando que importa preparar plenamente a criança para viver uma vida individual na sociedade e ser educada no espírito dos ideais proclamados na Carta das Nações Unidas e, em particular, num espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade e solidariedade, achamos pertinente dinamizar o Dia Mundial da Criança. Tentaremos valorizá-la, mostrando à população os seus direitos e que nos dias de hoje ainda existem crianças que vivem em condições particularmente difíceis às quais importa assegurar uma atenção especial.

### Planeamento da Acção

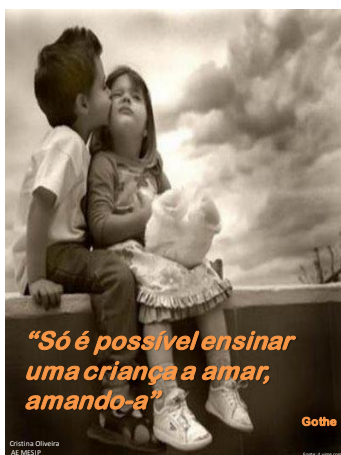
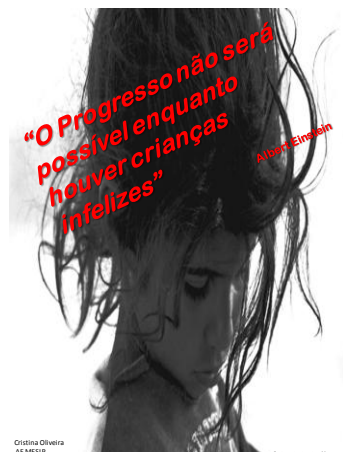
Pretende-se que no próximo dia 1 de Junho, Dia Mundial da Criança, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus, esteja integralmente direccionada para a valorização da criança.

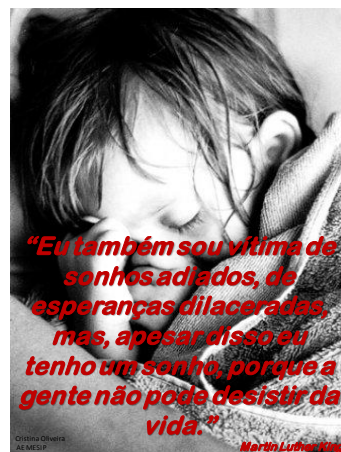
De forma a atingir este objectivo pretende-se criar cartazes alusivos, aos direitos da criança e à sua valorização, ao mesmo tempo mostrando a realidade das crianças maltratadas, para que de uma forma simbólica sensibilizar a população da UCSPCJ para esta problemática.

Esta acção de sensibilização terá apoio da UNICEF e Operação Nariz Vermelho, tendo a UNICEF colaborado com cartazes e agendas alusivas aos direitos da criança e a Operação Nariz vermelho com 'narizes' para promoção do sorriso na criança.

Cristina Oliveira

AE MESIP





**Ponha o Nariz por uma  
causa:**



**O Sorriso de uma  
criança**



# *Ser criança...*

*É divertido,  
É ter deveres,  
É ter direitos,  
É poder brincar.*

*Ser criança  
É ter direito a uma família,  
É ter liberdade,  
É ter direito a ser feliz,  
É um desejo ou pesadelo.*

*Ser criança  
É poder correr  
É poder saltar  
É poder dançar  
É poder dar cambalhotas.*

*Ser criança  
É pintar e colorir a felicidade  
É desenhar  
É trepar às árvores  
É sonhar com o nosso futuro.*







Dia  
Mundial  
da  
Criança



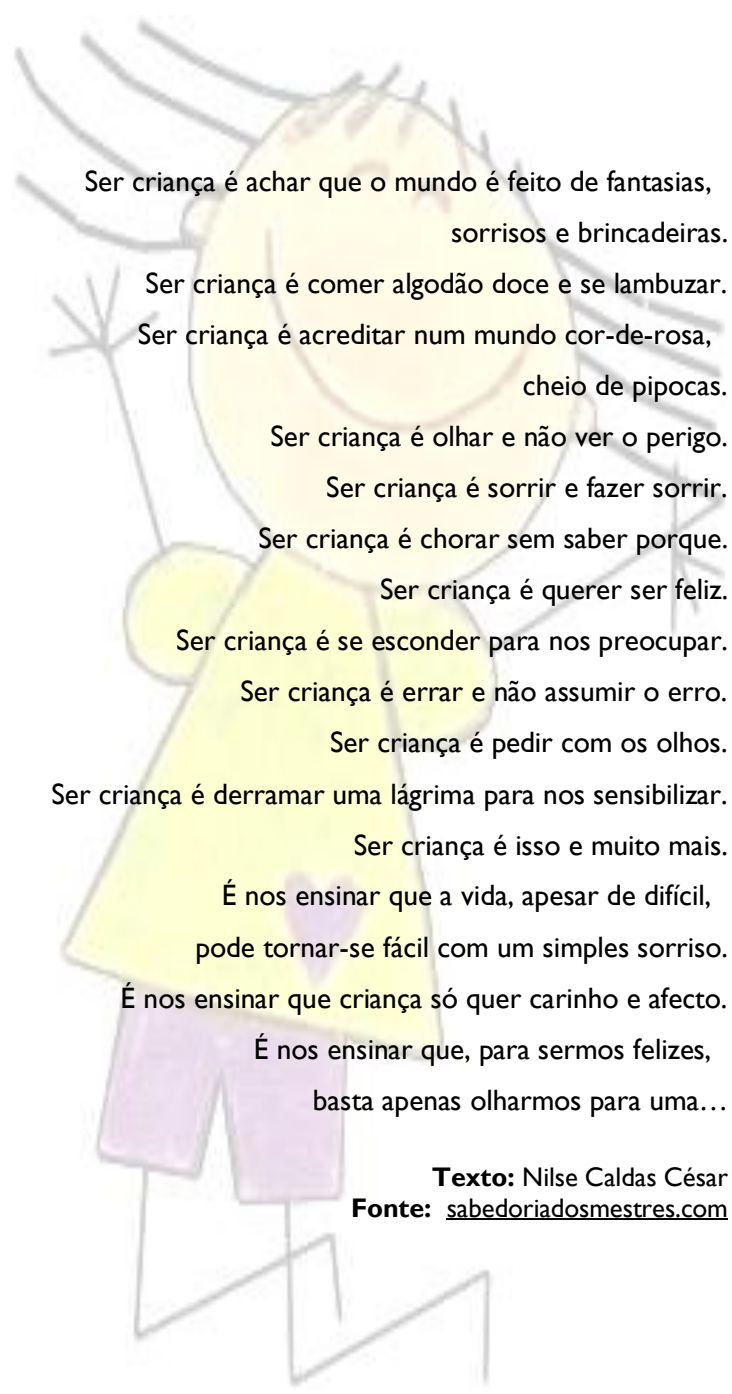
Dia  
Mundial  
da  
Criança



Dia  
Mundial  
da  
Criança



Dia  
Mundial  
da  
Criança



Ser criança é achar que o mundo é feito de fantasias,  
sorrisos e brincadeiras.

Ser criança é comer algodão doce e se lambuzar.

Ser criança é acreditar num mundo cor-de-rosa,  
cheio de pipocas.

Ser criança é olhar e não ver o perigo.

Ser criança é sorrir e fazer sorrir.

Ser criança é chorar sem saber porque.

Ser criança é querer ser feliz.

Ser criança é se esconder para nos preocupar.

Ser criança é errar e não assumir o erro.

Ser criança é pedir com os olhos.

Ser criança é derramar uma lágrima para nos sensibilizar.

Ser criança é isso e muito mais.

É nos ensinar que a vida, apesar de difícil,  
pode tornar-se fácil com um simples sorriso.

É nos ensinar que criança só quer carinho e afecto.

É nos ensinar que, para sermos felizes,  
basta apenas olharmos para uma...

**Texto:** Nilse Caldas César

**Fonte:** [sabedoriadosmestres.com](http://sabedoriadosmestres.com)

## **REFLEXÃO – DINAMIZAÇÃO DIA MUNDIAL DA CRIANÇA**

A dinamização do Dia Mundial da Criança recaiu sobre a temática 'Ser Criança', dando ênfase aos maus-tratos que algumas ainda são vítimas.

Não era objectivo falar dos maus tratos à população pediátrica da UCSPCJ, mas sim apenas despertar para esta problemática, que ainda atinge grandes proporções na nossa sociedade.

Este objectivo foi conseguido com a elaboração de cartazes, apelativos, apenas com frases e imagens de crianças que foram expostos nos corredores da UCSPCJ.

Além destes, em colaboração com a UNICEF, foram expostos cartazes com os direitos das crianças. E numa tentativa de promover o sorriso de crianças e adultos, foi pedida a colaboração à Operação Nariz Vermelho que nos cedeu alguns dos seus narizes, sendo usados pelos profissionais e algumas crianças.

Os cartazes foram expostos no início da manhã, tendo logo vários adeptos, em que se ouvia nos corredores que as frases tinham sido muito bem escolhidas e as imagens adequadas.

Não foi feita uma avaliação formal da actividade mas por estes comentários, posso dizer que o objectivo de sinalizar a violência que algumas crianças sofrem foi atingido com êxito.

Além dos cartazes, foi exposto e criado um placar dinâmico, onde cada criança, ou adulto que o desejasse, poderia escrever o que era para si ser criança.

Foi surpreendente o resultado pois no final do dia o placar estava praticamente todo preenchido.

Figura 1 – Placar ‘Ser Criança é...’



Além da dinamização com cartazes, foram elaborados marcadores do dia da criança e entregues como forma de sinalizar para a importância desse dia.

Juntamente com estes marcadores de livros, foram entregues agendas cedidas pela UNICEF alusivas à proteção infantil.

No meu ponto de vista, esta dinamização não teve o impacto que eu esperava pois foi um dia em que recorreram à UCSPCJ muito poucas crianças.

No entanto, nas poucas que vieram, consegui que as com mais de 5 anos participassem no placar, escrevendo o que era para elas ser criança e nas mais pequeninas, conseguimos fazê-las sorrir com um nariz de palhaço.

Cristina Oliveira

# **Anexo VI**

**Manual de Procedimentos da Consulta de Saúde  
Infantil e Juvenil**



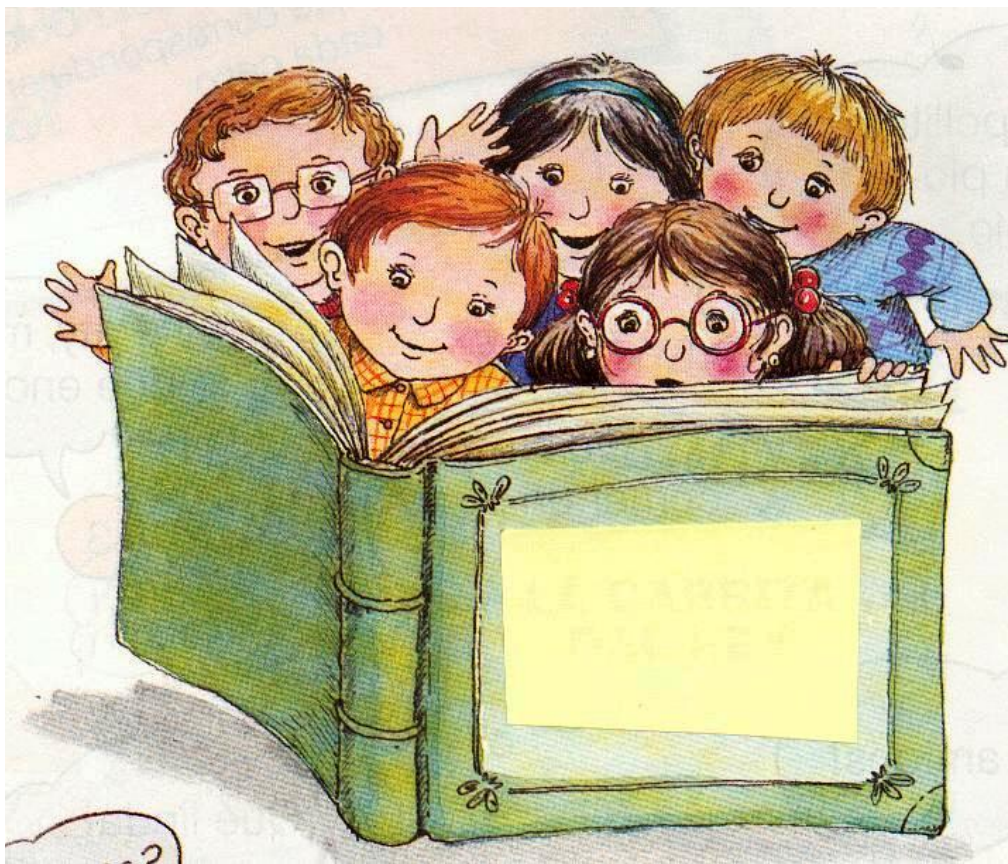
UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

CORAÇÃO DE JESUS

# MANUAL DE PROCEDIMENTOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E

JUVENIL



Lisboa  
Junho de 2010

Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo  
Instituto Público



**UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS  
CORAÇÃO DE JESUS**

# **MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

## **CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL**

**Elaborado por:**

*Cristina Oliveira*

MESIP

Lisboa, 2010

## INDICE

	<b>pág.</b>
<b>0 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>2</b>
<b>1 – DINÂMICA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL.</b>	<b>4</b>
<b>2 – OBJECTIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE .....</b>	<b>5</b>
<b>3 – BOLETIM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL .....</b>	<b>6</b>
<b>4 – EXAME FÍSICO .....</b>	<b>8</b>
<b>5 – DIAGNÓSTICO PRECOCE .....</b>	<b>11</b>
<b>6 – PRIMEIRA CONSULTA.....</b>	<b>14</b>
<b>7 – CONSULTA DO 1º MÊS .....</b>	<b>19</b>
<b>8 – CONSULTA DOS 2 MESES .....</b>	<b>24</b>
<b>9 – CONSULTA DOS 4 MESES .....</b>	<b>28</b>
<b>10 – CONSULTA DOS 6 MESES .....</b>	<b>31</b>
<b>11 – CONSULTA DOS 9 MESES .....</b>	<b>35</b>
<b>12 – – CONSULTA DOS 12 MESES .....</b>	<b>38</b>
<b>13 – – CONSULTA DOS 15 MESES .....</b>	<b>41</b>
<b>14 – CONSULTA DOS 18 MESES .....</b>	<b>44</b>
<b>15 – CONSULTA DOS 24 MESES .....</b>	<b>47</b>
<b>16 – CONSULTA DOS 3 ANOS .....</b>	<b>50</b>
<b>17 – CONSULTA DOS 5 / 6 ANOS .....</b>	<b>53</b>
<b>18 – CONSULTA DOS 10 / 13 ANOS .....</b>	<b>56</b>
<b>19 – CONSULTA DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>60</b>
<b>20 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>62</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS



## 0 - INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa, enquadrado no Estágio Modulo I – Saúde Infantil, que decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus, tendo como principal objectivo, constituir uma linha orientadora para a prestação de cuidados de qualidade na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil.

A Saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente – social, biofísico e ecológico - é determinante. No entanto, é indiscutível o impacto das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade.

A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços, tornando-se de crucial importância, a elaboração deste documento orientador das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, servindo de substrato às mesmas.

Das organizações internacionais que se dedicam à promoção do bem-estar da criança, destaca-se a ONU que proclamou a Convenção sobre os direitos da Criança em 1989, a qual foi ratificada para Portugal em 1990.

Desta convenção são de realçar os seguintes aspectos:

- Criança é todo o ser humano menor de 18 anos;
- À criança é reconhecido o direito de gozar o melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de educação;
- A criança tem direito a um nível de vida suficiente de forma a permitir o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social.

Este Manual está organizado em partes, sendo que na primeira parte se disponibiliza informação geral dos cuidados a ter nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil enquanto que, numa segunda fase estão os diversos procedimentos para cada consulta nas idades chave preconizadas pelo Programa-tipo de Actuação.

Em anexo encontram-se todos os folhetos ou manuais de apoio às consultas.

Gostaria de salientar que em anexo se encontram as fichas para cada consulta (**Anexo 1**) e os possíveis focos CIPE/SAPE passíveis de ser levantados em cada consulta para a idade chave (**Anexo 2**). No entanto estes focos de actuação não são fixos e exigem uma reflexão por parte da equipa aquando do início da informatização dos registos.

Com o presente Manual, pretende-se que os Enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus promovam a saúde e o desenvolvimento e crescimento óptimos da população infantil e juvenil.

É disponibilizada informação básica e útil, que procura uniformizar os cuidados de enfermagem e garantir a continuidade de cuidados.

## 1 - DINÂMICA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL

O Enfermeiro deve:

- ✓ Apresentar-se à criança e aos pais, acolhendo-os mostrando interesse e disponibilidade;
- ✓ Apresentar a periodicidade das consultas de rotina, de acordo com a equipa, programa-tipo, referindo a importância da mesma;
- ✓ Rever a história clínica desde a última consulta, nomeadamente em relação a doenças e outras intercorrências;
- ✓ Perguntar aos pais se têm dúvidas em relação ao filho e valoriza-los;
- ✓ Perguntar à criança/ jovem, se tem alguma dúvida sobre a sua saúde;
- ✓ Averiguar a frequência e as condições do acompanhamento (creche, jardim de infância, escola);
- ✓ Realizar exame físico completo, com a criança despida, desde que existam condições mínimas e respeitando o pudor das crianças mais velhas e jovens;
- ✓ Avaliar a dinâmica do crescimento e do desenvolvimento;
- ✓ Utilizar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, ajudando os pais a entender o significado dos percentis;
- ✓ Verificar o Plano Nacional de Vacinação e administrar vacinas em falta;
- ✓ Transmitir conhecimentos actualizados e em conformidade com a equipa, transmitindo segurança;
- ✓ Tomar consciência do seu importante papel de educador para a saúde;
- ✓ Lembrar a necessidade de trazer sempre o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e o Boletim Individual da Saúde sempre que recorram a uma instituição de saúde;
- ✓ Proporcionar continuidade de cuidados em estreita colaboração com os serviços de referência;
- ✓ Aconselhar a marcação prévia da próxima consulta.

**É importante que estas actividades sejam realizadas por profissionais motivados, disponíveis, treinados e competentes.**

## **2 - OBJECTIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE**

### **1 - Avaliar o crescimento e o desenvolvimento**

- Parâmetros Antropométricos: Peso, estatura, perímetro cefálico, Índice massa corporal
- Desenvolvimento: motor, sensorial, linguagem, psíquica, comportamental e social.

### **2 – Estimular a opção por comportamentos saudáveis**

- Nutrição adequada às diferentes idades
- Prática regular de exercício físico
- Prevenção de consumos nocivos.

### **3 – Promoção**

- Do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação
- Suplementação vitamínica e mineral, se necessária
- Saúde oral
- Prevenção de acidentes
- Prevenção das perturbações pais – filhos.

### **4 – Prevenção**

- Detecção precoce – doenças metabólicas
- Detecção precoce de malformações congénitas: Luxação congénita da anca, cardiopatias congénitas, testículo não – descido
- Perturbações da visão, audição e linguagem
- Perturbações do desenvolvimento psicomotor e comportamental.

### **5 - Prevenir, identificar e actuação precoce das situações de doença comuns.**

### **6 - Sinalização e apoio às crianças com doença crónica / deficiência e sua família.**

### **7 - Aconselhamento genético e orientação da família com situações patológicas.**

**8 - Detecção precoce, apoio e orientação de situações de disfunção familiar, violência, abuso físico e sexual e outras formas de mau trato.**

**9 - Promoção da auto-estima dos jovens, estilos de vida saudáveis, adaptação social adequada e vivência sexual responsável.**

### **10 - Apoio à função parental e promoção do bem-estar familiar.**

### 3 - BOLETIM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil existe para registar e transmitir informação sobre o crescimento e desenvolvimento, tanto aos pais, criança / jovem como aos profissionais de saúde, daí a importância de ser devidamente preenchido.

Descrição do Boletim de Saúde Infantil:

- Na primeira página deve constar a identificação da criança.
- Na segunda página os profissionais de saúde devem fazer o registo da gestação e do período neonatal da criança.
- A terceira página destina-se ao registo do peso, estatura e perímetro craniano de cada avaliação ao longo do crescimento.
- Entre a página 4 e a 9, encontram-se os gráficos de percentil.
- A página 10 regista-se a data em que a criança adquiriu a respectiva competência durante o seu primeiro ano de vida.
- Das páginas 12 à 45, as páginas pares servem para o registo das dúvidas e preocupações dos pais e devem ser preenchidas por estes, as páginas ímpares servem para registar a avaliação efectuada pelo profissional de saúde e registadas por este.
- Na página 62 registam-se as alergias, reacções a medicamentos, vacinas e outros produtos, bem como as hospitalizações e o grupo sanguíneo.
- Na página 63 deve ser registada a data da próxima consulta.

#### COMO FAZER OS REGISTOS NOS GRÁFICOS DE PERCENTIS?

Antes de se fazer qualquer registo devem ser feitas todas as medições.

Procurar a idade da criança na escala horizontal depois seguir uma linha vertical daquele ponto até ao nível horizontal da medida da criança (estatura, peso ou perímetro cefálico).

No local de inserção das duas linhas, fazer uma marca em cruz com lápis. Para avaliar a relação peso estatura, colocar a marca na inserção do comprimento da criança com o nível horizontal do seu peso.

Quando a criança é medida de novo, juntar as marcas em cruz às marcas anteriores, por meio de linhas direitas.

### COMO INTERPRETAR AS CURVAS DE PERCENTIS?

Cada tabela contém uma série de linhas curvas e numeradas que indicam os percentis.

Conhecida a idade da criança, peso e altura, encontra-se o percentil, traçando linhas perpendiculares a partir desses dados.

Quando dizemos que uma criança tem um peso no percentil 95, significa que só 5 em cada 100 crianças tem um peso igual ou superior a esse.

Só abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 95 é que pode considerado um desvio aos padrões normais de velocidade de crescimento.

São mais importantes e significativas as mudanças bruscas (cruzamento de 2 canais ou desvios-padrão) que os valores absolutos do peso, estatura e perímetro cefálico.

As mudanças são menos significativas entre os percentis 25 e 75, que abaixo ou acima destes (pois entre estes valores está o percentil 50).

Em qualquer destes casos estes dados só são significativos se associados com toda a história clínica da criança.

As crianças abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 95 requerem maior vigilância.

Uma criança deve evoluir harmoniosamente no seu percentil.

A relação peso/altura pode ser particularmente significativa para avaliar o estado de nutrição.

**Os dados sobre o crescimento não podem ser usados isoladamente para diagnosticar doenças, mas permitem identificar as crianças que se afastam dos padrões habituais.**

## 4 - EXAME FÍSICO

O exame físico começa, consciente ou inconscientemente assim que a criança chega à sala de enfermagem, podendo o enfermeiro de imediato identificar algumas alterações como: obesidade, deformidades, movimentos involuntários, entre outros.

O exame físico em pediatria tem algumas particularidades tendo em vista as diferentes faixas etárias. A criança até os 3 anos de idade não gosta de ser examinada, por esta razão não se deve traçar regras fixas ao examiná-la.

Receber a criança e os seus pais ou acompanhantes com gentileza, carinho e respeito é o primeiro passo para a cooperação da criança. É importante não assustar a criança evitando gestos bruscos ou voz muito elevada. Não é conveniente colocá-la na mesa de exame sem que antes tenha se familiarizado com o ambiente, evitar mãos frias ao examiná-la. A manipulação da criança, ou seja, despi-la, colocá-la na mesa de exame é mais adequado que seja feito pela pessoa que a trouxe para a consulta.

### PESO

- Manter ambiente calmo, aquecido e agradável à criança.
- As crianças pequenas devem ser pesadas nuas e as maiores em cuecas.
- No período de Inverno e em locais com deficientes condições de temperatura ambiente, pode-se pesar a criança com uma peça interior, desde que se desconte o seu peso.
- Para os recém-nascidos e lactentes utilizar, preferencialmente, balanças electrónicas (maior precisão).
- As balanças mecânicas devem ser calibradas 2 a 3 vezes por ano.
- Antes de qualquer utilização aferir sempre a balança.
- Repetir a pesagem sempre que surgirem dúvidas.
- Até aos 2 anos, o peso deve ser avaliado até a aproximação de 10gr.
- Para as crianças maiores utilizam-se balanças comuns de adulto e o peso é avaliado até à aproximação de 100gr.
- Em qualquer dos casos exige-se rigor na pesagem, considerando que uma boa parte das variações ponderais são devidas a erros de pesagem.

- O crescimento estatural é mais lento que o ponderal pois depende do desenvolvimento do esqueleto.

## ESTATURA

- Até aos 2 anos de idade a criança deve ser medida em decúbito dorsal, deitada numa marquesa, descalça e sem meias utilizando um pediómetro.
- Esta avaliação requer duas pessoas.
- O acompanhante mantém a cabeça imóvel e alinhada com o corpo, o enfermeiro com uma das mãos, junta os joelhos da criança e faz pressão sobre eles (os membros inferiores devem ficar em extensão)
- Com a outra mão, o enfermeiro desloca o topo amovível do pediómetro até aos calcanhares da criança, fazendo a leitura dos valores encontrados.
- A partir dos 2 anos a criança pode ser medida de pé utilizando uma tabela de crescimento adequada.
- Nas escalas colocadas na parede ou em dispositivo próprio a distância a que se coloca do chão deve ser observada com rigor.
- A criança deve estar descalça, encostada à escala de medição e olhar em frente.
- Pedir aos pais para fazer pressão sobre os joelhos da criança para evitar flexão dos membros inferiores.

## PERIMETRO CEFÁLICO

- É um dado antropométrico muito importante pois vai traduzir o aumento da massa encefálica.
- Após uma aceleração inicial que dura até aos 3 anos, o crescimento do perímetro cefálico vai diminuindo progressivamente até estabilizar.
- Utilizar uma fita métrica flexível.
- Ajustá-la bem à cabeça de modo que passe:  
Por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.

## FONTANELAS

- O encerramento normal da fontanela anterior e posterior e de todas as suturas, está em estreita relação com o crescimento normal da cabeça.
- Para palpá-las usa-se a extremidade do indicador.



- A fontanela anterior tem um diâmetro de cerca de 4 a 5cm e a posterior mede cerca de 0,5 a 1cm de largura.
- A fontanela posterior fechará até aos 3 meses de idade, enquanto que a anterior encerrará por volta dos 12 a 18 meses.
- O fechamento precoce ou tardio deve ser monitorizado, pois ambos podem sinalizar uma condição patológica.
- Uma fontanela ampliada, tensa e abaulada ou uma fontanela muito deprimida devem ser sempre registadas e comunicadas ao médico.
- A depressão acentuada da fontanela anterior pode ser significativa de desidratação.
- Se a fontanela anterior estiver anormalmente tensa, pode ser significativo de aumento da pressão craniana. No entanto esta fica mais tensa após choro vigoroso.

## 5 – DIAGNÓSTICO PRECOCE

O diagnóstico precoce ou mais comumente chamado de “teste do pezinho”, consiste na obtenção de uma amostra de sangue através de uma picada no calcanhar do recém-nascido, entre o 3º e o 6º dia de vida. O sangue é armazenado sob a forma de pequenas manchas num papel de filtro, que é posteriormente utilizado para os testes laboratoriais que permitem rastrear diversas doenças hereditárias do metabolismo.

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce iniciou-se em 1979, por iniciativa do Instituto de Genética Médica, incluindo inicialmente apenas o rastreio da Fenilcetonúria. Actualmente é possível rastrear 25 doenças metabólicas, entre as quais, o **Hipotiroidismo Congénito**; **Doenças hereditárias do metabolismo dos aminoácidos** (Fenilcetonúria / Hiperfenilalaninemias; Tirosinemia tipo I / Tirosinemia tipo II; Leucinose; Hipermetioninemia; Citrulinemia; Acidúria Arginino-succínica; Argininemia; Homocistinúria Clássica); **Acidúrias Orgânicas** (Acidúria Propinóica; Acidúria Metilmalónica; Acidúria Isovalérica; Acidúria Glutárica Tipo I; 3 – Metilcrotonilglicinúria; Acidúria Malónica); **Doenças hereditárias da beta-oxidação mitocondrial dos ácidos gordos** (Deficiência da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia média; Deficiência da desidrogenase dos ácidos gordos de cadeia muito longa; Deficiência da desidrogenase de 3-hidroxi-acil-CoA de cadeia longa; Deficiência em carnitina-palmitoil transferase I; Deficiência em carnitina-palmitoil transferase II; Deficiência primária em carnitina; Deficiência múltipla das desidrogenases.

Na maioria destas doenças a criança não consegue utilizar determinados componentes que fazem parte da sua alimentação, e que em excesso são tóxicas para o fígado ou sistema nervoso central. Na maioria dos casos, o tratamento baseia-se na alimentação, com controlo desses mesmos componentes.

No caso do hipotiroidismo congénito, onde não existe glândula tiroideia ou existe uma falha no seu funcionamento, não produzindo em quantidades suficientes a hormona tiroxina, responsável pelo desenvolvimento físico e mental da criança.

O tratamento do hipotiroidismo consiste na administração farmacológica desta hormona diariamente.

O teste do Pezinho deve ser realizado numa sala ou ambiente tranquilo. É importante que os pais sejam orientados sobre a finalidade do teste.

Este primeiro contacto com a Unidade de Saúde deve ser aproveitado ao máximo pela equipa para orientação das mães sobre **aleitamento materno, cuidados com as mamas** e com

o recém-nascido, **vacinas**, devendo-se encaminhar as mães para a **consulta pós-parto**, **planeamento familiar** e **puericultura**.

#### MATERIAL NECESSÁRIO

Luas  
Compressa  
Álcool a 70%  
Lanceta  
Penso  
Impresso  
Envelope

#### PROCEDIMENTO

##### 1) Registo dos Dados:

- Antes da colheita deve-se preencher na totalidade a ficha de diagnóstico precoce, com letra legível e sem abreviaturas.

##### 2) Aquecimento do pé do RN:

- Caso seja necessário deve ser realizada massagem, no pé do RN para aumento do fluxo sanguíneo e reduzir o risco de hemólise e hematoma.

##### 3) Posição:

- O RN deve ser deitado na marquesa.  
- De forma a facilitar a drenagem sanguínea para os membros inferiores o RN pode ser posicionado ao colo do acompanhante na posição vertical.

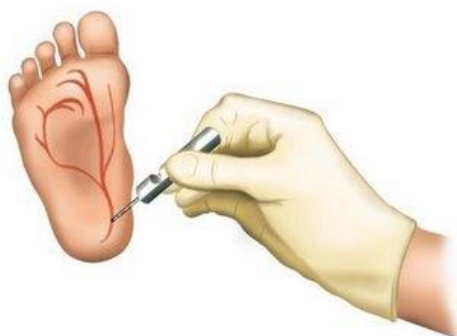
##### 4) Anti-sepsia e punção: local e técnica:

- Lavar as mãos e calçar as luvas.  
- Realizar a anti-sepsia com álcool a 70% embebido em compressa.

- Envolver o pé e o tornozelo da criança com os dedos indicador e polegar, deixando exposta apenas a área do calcanhar a ser puncionada.

- A punção deve ser feita numa das áreas laterais da região plantar do calcanhar, para evitar atingir o osso calcâneo.

- Após a anti-sepsia e a secagem do álcool, penetrar toda a porção triangular da lanceta (ponta) no local escolhido, de modo a realizar um pequeno corte, pouco profundo.



- Aguarde a formação de uma grande gota.
- Fazer uma compressão leve com os dedos, indicador e polegar, envolvendo o calcanhar, seguida por uma descompressão. Esta manobra visa aumentar a circulação sanguínea e obter uma boa gota.
- Caso não sejam obtidas gotas suficientes após todas as manobras recomendadas, pegar outra lanceta e punccionar outro ponto. Após cada punção desprezar a lanceta.

#### **5) Obtenção da gota:**

- Assim que a gota se formar, aproximar o papel de filtro da mesma, encostando-a no meio do círculo.
- Caso não se obtenha uma gota de bom tamanho, deve-se conseguir outra gota e colocá-la exactamente em cima da primeira.
- Verificar se o sangue preencheu todo o círculo e se está visível no verso do papel de filtro. Após preencher um círculo, passar para o círculo seguinte, repetindo todas as manobras.
- Após a colheita, levantar o pé que foi punccionado e comprimir levemente o local com compressa e colocar um penso.
- Retirar Luvas e lavar as mãos.
- Registrar o procedimento no suporte adequado e no Boletim de Saúde Infantil.

#### **6) Secagem:**

- Logo após a colheita, o papel de filtro deve ser colocado para secar à temperatura ambiente e em local arejado.
- A secagem deve ser feita sempre com o papel de filtro na posição horizontal.
- Após a secagem, colocar o papel de filtro dentro do envelope.

#### **8) Envio das Amostras:**

- O envio da amostra para o Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães deve ser feita o quanto antes, e no máximo após 48h da colheita.

#### **9) Orientação aos pais:**

- Caso o resultado seja negativo para qualquer uma das doenças, não existe qualquer resposta do Instituto. No entanto os pais podem consultar o resultado pela internet no site [www.diagnosticoprecoce.org](http://www.diagnosticoprecoce.org), após 1 mês da colheita, introduzindo o código anexo à ficha que lhes será entregue. O resultado será dado em termos de normal ou em curso.

Os pais só serão contactados se as análises não forem normais ou se houver necessidade de qualquer confirmação laboratorial.

## 6 – PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta deverá ser realizada até às 3 semanas de vida.

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Pediómetro

### EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser realizado com a criança deitada na marquesa.

### PESO

- O peso deve ser avaliado, com o bebé totalmente despido, ou caso o ambiente não esteja aquecido, se o bebé for pesado com fralda ou alguma peça de roupa interior, deve ser descontado o peso equivalente.

Geralmente o recém-nascido pesa entre 2500gr a 4600gr.

Pode perder peso nos primeiros dias (cerca de 6% de peso corporal e pode por vezes chegar aos 10%).

O peso do nascimento geralmente é recuperado até ao 10º dia de vida.

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500gr/mês, ou seja, 250gr/quinzenalmente, ou 125gr/semana, o que em média resultará num aumento por volta de 15gr diária.

### ESTATURA

- A estatura deve ser avaliada com o bebé em decúbito dorsal através do pediómetro.

O recém-nascido mede em média 50 cm.

Nos primeiros quatro meses crescerá cerca de 3 cm por mês.

## FONTANELAS

- Avaliar o tamanho das fontanelas com o dedo indicador e registar as suas dimensões na ficha da consulta

A fontanela anterior no recém-nascido mede 4 a 5 cm e a posterior 0.5 a 1 cm.

Se fontanela anterior tensa ou deprimida deve ser registada e comunicada ao médico.

## PERÍMETRO CEFÁLICO

- Avaliar o perímetro cefálico com fita métrica maleável, passando por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.

Ao nascer em média o perímetro cefálico é de 35cm.

## SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 120 a 140 bpm;

- 80 a 100 bpm em repouso;

- 160 a 180 bpm se agitado.

**Frequência respiratória** – 30 a 60 cpm.

**Pressão Arterial** – 64/41 mmHg

## CORDÃO UMBILICAL

- O enfermeiro deve observar e registar as características do cordão, tais como a cor, o cheiro, a presença de granuloma ou exsudado.
- Aconselhar a desinfecção diária com álcool a 70° e S.O.S. e deixar ao ar cerca de 10min/dia.

## SINAIS DE ALERTA

### TESTÍCULO NÃO DESCIDO

Deve ser avaliado nesta consulta a presença ou ausência do testículo no escroto.

### DISPLASIA DA ANCA

Manobra de Ortolani: Consiste numa sensação táctil de um 'click', sentido pelo examinador quando faz abdução das coxas a partir de uma flexão dos joelhos e quadril.

## REFLEXOS

O recém-nascido apresenta muitos reflexos primitivos que reflectem a maturidade e integridade do sistema nervoso.

### Anexo 4

#### Reflexos do Lactente

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Os cuidados antecipatórios devem ser valorizados e vistos como um factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

## ALIMENTAÇÃO

### ALEITAMENTO MATERNO

A OMS e a UNICEF aconselham a prática exclusiva do aleitamento materno até aos 6 meses de vida (em regime livre ou seja sem horário rígido, sem intervalos nocturnos, sem suplementos, água ou chá) e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos ou mais.

Manter as mamadas nocturnas é extremamente importante para manter elevados os níveis de prolactina, o que ajuda a manter a amamentação.

Durante o primeiro mês de vida não deixar a criança mais de quatro horas (no máximo) sem se alimentar (de dia e de noite).

### Anexo 5

#### Manual Aleitamento Materno

### ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Crianças alimentadas artificialmente, seguem as indicações da fórmula para lactentes.

**Tabela 1:** Dosagem para alimentação com fórmula comercial da 1ª à 4ª semana

Idade da Criança	Quantidade por Biberão		Refeições por dia
	Água Fervida	Medidas de Leite	
1ª e 2ª Semana	90	3	6
3ª e 4ª Semana	120	4	5

**Fórmula comercial** – Escrever em observações o nome da fórmula comercial, a quantidade de água e o número de colheres.

**Horários das refeições** – As crianças alimentadas artificialmente seguem o esquema proposto pela fórmula, respeitando o número de refeições diárias propostas.

### **ERUCTAÇÃO**

Bebés amamentados, que fazem uma pega correcta podem não ter necessidade de eructar.

A eructação é importante para a saída do ar que ficou no estômago que o bebé engoliu durante a ingestão do biberão. Por vezes a presença de ar no estômago provoca cólicas.

Manobra para eructar: colocar em decúbito ventral durante 2-3 minutos ou colocar a criança junto ao peito e fazer uma leve pressão na região dorsal da criança.

**SOLUÇOS** – Melhoram colocando o bebé a mamar.

### **REGURGITAÇÃO E VÓMITO**

A regurgitação é normal nos primeiros 4-5 meses de vida, devido a uma imaturidade fisiológica do cárdia que permite a passagem de alimento para o esófago.

Verificar se o leite escorre pela boca no fim da mamada (regurgitação) ou se sai em jacto.

Para diminuir a sua ocorrência:

- Manter a criança em ambiente calmo;
- Deitá-la mantendo a cabeça elevada num ângulo de 30º ou em posição de sentada
- Evitar pressionar o estômago.

## **ELIMINAÇÃO**

### **CÓLICAS**

Estudos referem que os bebés amamentados apresentam menos cólicas quando comparados com bebés alimentados artificialmente.

O choro por cólicas caracteriza-se por ser um choro forte, acompanhado por fácies de dor e um certo contorcimento da criança, e geralmente tem um ritmo diário - início ou final do dia.

O aparelho digestivo desenvolve uma grande actividade, com um mês de vida o recém-nascido ingere, em média, um sexto do seu peso, em alimentação, o que poderá explicar este desconforto.



Sempre que possível reforçar e demonstrar a técnica de massagem abdominal e posicionamento que diminui o desconforto, tal como a colocação de sonda de gases (exemplificar com clister).

#### **CARACTERÍSTICAS DAS FEZES**

As fezes dos RN alimentados com leite materno, são normalmente de cor amarelada, consistência semilíquida e um cheiro característico.

O padrão intestinal dos bebés amamentados exclusivamente é variável. O leite materno por ser mais facilmente digerido pode não deixar qualquer resíduo para ser eliminado pelo intestino e a criança estar alguns dias sem dejeções.

As fezes dos bebés alimentados artificialmente podem ser mais abundantes, ter coloração mais escura e serem mais pastosas ou mesmo duras.

#### **HIGIENE**

- Observar o estado geral e características da superfície cutânea.

Sempre que possível observar a técnica de mudança da fralda e validar a existência de dificuldades na técnica do banho.

Despiste de pele seca e possível eritema das fraldas.

Aconselhar o uso de sabão com pH neutro e creme hidratante.

#### **SONO**

Na primeira semana o RN dorme cerca de 16h, por dia.

Manter os barulhos normais - telefone, aspirador, campainha e manter a luz natural no compartimento onde a criança se encontra, para que esta se familiarize com os momentos diurnos e os possa distinguir dos nocturnos, e assim encontrar o seu biorritmo.

Prevenção da síndrome de morte súbita no lactente.

#### **REACÇÕES PÓS VACINAIS:**

BCG - Surge frequentemente uma lesão papular no local da vacina que pode ulcerar, evoluindo para a cura em semanas ou meses dando origem à cicatriz vacinal. Lavar normalmente durante o banho.

VHB - Rubor e tumefacção ligeira no local da injeção.

#### **Anexo 6**

#### **Folheto Vacinação**

#### **PREVENÇÃO DE ACIDENTES.**

- Transporte do bebé no automóvel:  
Tipo de cadeirinha de transporte.
- Risco de quedas:  
Vigilância do RN
- Risco de queimaduras  
Preparação da água do banho

#### **Anexo 7**

Manual de Prevenção de Acidentes APSI – Vale a Pena Crescer em Segurança

#### **VIGILÂNCIA SAÚDE MATERNA, APÓS PARTO.**

Marcação de consulta de revisão puerperal

#### **Anexo 8**

Folheto Contraceção e Vigilância de Saúde após o parto

#### **CONTRACEPÇÃO NA AMAMENTAÇÃO.**

#### **Anexo 8**

Folheto Contraceção e Vigilância de Saúde após o parto

#### **Anexo 9**

Brochura: Dar de Mamar, uma opção Moderna – Está a amamentar e necessita de  
Contraceção

#### **CUIDADOS ÀS MAMAS.**

#### **Anexo 10**

Folheto Amamentação: Como resolver pequenos problemas

## 7 – CONSULTA DO 1º MÊS

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Pediómetro

Bola vermelha

Roca

### EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser realizado com a criança deitada na marquesa.

### PESO

- O peso deve ser avaliado, com o bebé totalmente despido, ou caso o ambiente não esteja aquecido, se o bebé for pesado com fralda ou alguma peça de roupa interior, deve ser descontado o peso equivalente.

As crianças amamentadas exclusivamente aumentam até aos 6 meses por volta de 500gr por mês.

### ESTATURA

Até aos 4 meses a criança cresce cerca de 3cm por mês.

### FONTANELAS

- Avaliar o tamanho das fontanelas com o dedo indicador e registar as suas dimensões na ficha da consulta

A fontanela anterior mede 4 a 5 cm e a posterior 0.5 a 1 cm.

Se fontanela anterior tensa ou deprimida deve ser registada e comunicada ao médico.

### PERÍMETRO CEFÁLICO

- Avaliar o perímetro cefálico com fita métrica maleável, passando por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.

### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 100 a 220 batimentos/minuto acordado;  
- 80 a 200 batimentos/minuto em repouso.

**Frequência respiratória** – 30 ciclos/minuto.

### CICATRIZ UMBILICAL

- O enfermeiro deve observar e registar as características do cordão, tais como a cor, o cheiro, a presença de granuloma ou exsudado.
- Aconselhar a desinfecção diária com álcool a 70° e S.O.S. e deixar ao ar cerca de 10min/dia.
- Registar características da cicatriz caso este já tenha caído.

### SINAIS DE ALERTA

#### TESTÍCULO NÃO DESCIDO

Avaliar a presença ou ausência do testículo no escroto.

#### DISPLASIA DA ANCA

Manobra de Ortolani: Consiste numa sensação tátil de um 'click', sentido pelo examinador quando faz abdução das coxas a partir de uma flexão dos joelhos e quadril.

### REFLEXOS

O lactente apresenta muitos reflexos primitivos que reflectem a maturidade e integridade do sistema nervoso.

### Anexo 4

#### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Teste Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan

#### POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL

Tentativa de levar a mão á boca

Puxado á posição de sentado a cabeça tende para trás

Seguro de pé, dobra os joelhos e as ancas

## **VISÃO**

Segue a bola encarnada cerca de 20cm, deslocando os olhos e a face

Segue repetidamente a face do observador

Olha para a face da mãe quando esta lhe fala ou alimenta, com expressão facial atenta

## **AUDIÇÃO E LINGUAGEM**

Vira os olhos para o som de uma roca emitido a cerca de 20cm de cada lado da cabeça

Vira os olhos e a cabeça para um lado e para o outro em resposta à voz humana

Emite pequenos ruídos guturais quando satisfeito

## **COMPORTAMENTO SOCIAL E ADAPTAÇÃO SOCIAL**

Em situações de interacção mantém-se vigil

Pára de chorar quando lhe falam, o seguram pelos braços ou lhe pegam ao colo

Estabelece longos períodos de interacção, sobretudo, com a mãe, durante as refeições

## **SINAIS DE ALERTA**

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição de sentado
- Hiper e hipotonicidade na posição de pé
- Nunca segue a face humana
- Não vira os olhos e a cabeça para o som
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos

## **CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

### **ALIMENTAÇÃO**

#### **ALEITAMENTO MATERNO**

A OMS e a UNICEF aconselham a prática exclusiva do aleitamento materno até aos 6 meses de vida (em regime livre ou seja sem horário rígido, sem intervalos nocturnos, sem suplementos, água ou chá) e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos ou mais.

Manter as mamadas nocturnas é extremamente importante para manter elevados os níveis de prolactina, o que ajuda a manter a amamentação.

Durante o primeiro mês de vida não deixar a criança mais de quatro horas (no máximo) sem se alimentar (de dia e de noite).

## **Anexo 5**

### ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Validar dificuldades na preparação do biberão.

Crianças alimentadas artificialmente seguem as indicações da fórmula para lactentes.

**Tabela 2:** Dosagem para alimentação com fórmula comercial da 2ª semana aos 2 meses.

Idade da Criança	Quantidade por Biberão		Refeições por dia
	Água Fervida	Medidas de Leite	
3ª e 4ª Semana	120	4	5
2º Mês	150	5	5

### ERUCTAÇÃO

Manobra para eructar: colocar em decúbito ventral durante 2-3 minutos ou colocar a criança junto ao peito e fazer uma leve pressão na região dorsal da criança.

### REGURGITAÇÃO E VÓMITO

Para diminuir a sua ocorrência:

- Manter a criança em ambiente calmo;
- Deitá-la mantendo a cabeça elevada num ângulo de 30º ou em posição de sentada
- Evitar pressionar o estômago.

## ELIMINAÇÃO

### CÓLICAS

Reforçar ensino e, se necessário, demonstrar a técnica de massagem abdominal e posicionamento para diminuir o desconforto, tal como a colocação de sonda de gases (exemplificar com clister).

### CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

Despiste de alterações do padrão de eliminação intestinal

## HIGIENE

- Observar o estado geral e características da superfície cutânea e registar alterações.

## SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE

Validar a posição de deitar

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**Anexo 11**

Folheto Desenvolvimento Infantil

**PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

**Anexo 5**

## 8 – CONSULTA DOS 2 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Pediómetro

Roca

### EXAME FÍSICO

#### PESO

- O peso deve ser avaliado, com o bebé totalmente despido, ou caso o ambiente não esteja aquecido, se o bebé for pesado com fralda ou alguma peça de roupa interior, deve ser descontado o peso equivalente.

#### ESTATURA

- A estatura deve ser avaliada com o bebé em decúbito dorsal através do pediómetro.

#### FONTANELAS

- Avaliar o tamanho das fontanelas com o dedo indicador e registar as suas dimensões na ficha da consulta

A fontanela posterior encerrará por volta desta idade.

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

- Avaliar o perímetro cefálico com fita métrica maleável, passando por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.



## SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 100 a 220 batimentos/minuto acordado;  
- 80 a 200 batimentos/minuto em repouso.

**Frequência respiratória** – 30 ciclos/minuto.

## SINAIS DE ALERTA

### TESTÍCULO NÃO DESCIDO

Avaliar a presença ou ausência do testículo no escroto.

### DISPLASIA DA ANCA

Manobra de Ortolani: Consiste numa sensação táctil de um 'click', sentido pelo examinador quando faz abdução das coxas a partir de uma flexão dos joelhos e quadril.

## REFLEXOS

O lactente apresenta muitos reflexos primitivos que reflectem a maturidade e integridade do sistema nervoso.

## Anexo 4

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR AOS 2 MESES

Levanta a cabeça em decúbito ventral

Sorri

#### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR AOS 3 MESES

##### MOTRICIDADE GROSSEIRA

Puxada para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento

Em decúbito ventral, levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se nos antebraços

##### VISÃO – MANIPULAÇÃO

Mãos habitualmente abertas

Segura, por alguns instantes, roca que lhe é colocada nas mãos

Revela prazer em olhar para as mãos. Brinca com elas

Em decúbito dorsal segue os objectos com os olhos

## AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Vocaliza

Manifesta interesse por sons familiares

## COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL

Sorri quando se fala com ela, olhando-a na face

## SINAIS DE ALERTA

- Não fixa nem segue objectos
- Não sorri
- Não há qualquer controlo da cabeça
- Mãos sempre fechadas
- Membros rígidos em repouso
- Sobressalto ao menor ruído
- Chora e grita quando se toca
- Pobreza de movimentos

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

#### ALEITAMENTO MATERNO

Manter a promoção do aleitamento materno exclusivo

#### ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Validar técnica de preparação do biberão.

**Tabela 3:** Dosagem para alimentação com fórmula comercial dos 2 aos 3 meses

Idade da Criança	Quantidade por Biberão		Refeições por dia
	Água Fervida	Medidas de Leite	
2º Mês	150	5	5
3º Mês	180	6	5

#### ERUCTAÇÃO

Manobra para eructar: colocar em decúbito ventral durante 2-3 minutos ou colocar a criança junto ao peito e fazer uma leve pressão na região dorsal da criança.

### **REGURGITAÇÃO E VÓMITO**

Aos 3 meses ainda é frequente a ocorrência de regurgitação, manter aconselhamento para a criança permanecer em repouso com cabeceira elevada após as refeições.

### **ELIMINAÇÃO**

#### **CARACTERÍSTICAS DAS FEZES**

Despiste de alterações do padrão intestinal.

### **HIGIENE**

- Observar o estado geral e características da superfície cutânea e registar alterações.

### **SONO**

O padrão nocturno de sono é estabelecido por volta dos 3 meses de idade na maioria dos lactentes.

Por volta do 3º mês o bebé dorme cerca de 15h por dia.

### **VALORIZAR AS PREOCUPAÇÕES DOS PAIS E ESCLARECER DÚVIDAS**

### **PROMOVER PASSEIOS AO AR LIVRE**

### **REACÇÕES PÓS VACINAIS**

VHB e DTPaHibVIP aos 2 meses

MenC aos 3 meses

- Febre, dor, rubor, tumefacção local.
- Frequentemente na DTP forma-se um nódulo duro e doloroso no local da vacina persistindo por algumas semanas. Aconselha-se a administração de paracetamol aquando da administração da vacina (15 mg/kg/dose) se necessário repetir 4 a 8 horas mais tarde.

### **Anexo 4**

### **FEBRE**

Cuidados específicos e dosagem.

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- Risco de quedas
- Risco de queimaduras

## Anexo 5

## 9 - CONSULTA DOS 4 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Pediómetro

Roca

### EXAME FÍSICO

#### PESO

- O peso deve ser avaliado, com o bebé totalmente despido, ou caso o ambiente não esteja aquecido, se o bebé for pesado com fralda ou alguma peça de roupa interior, deve ser descontado o peso equivalente.

#### ESTATURA

Entre o 4º e o 12º mês, crescerá 1cm por mês.

#### FONTANELAS

- Avaliar o tamanho das fontanelas com o dedo indicador e registar as suas dimensões na ficha da consulta

A fontanela posterior encerrará por volta desta idade.

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

Aos 4 meses é de cerca de 40cm.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** - 80 a 150 bpm acordado

- 70 a 120 bpm em repouso.

**Frequência respiratória** - 30 cpm.

**Temperatura** - 37.5°C.

## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

### MOTRICIDADE GROSSEIRA

Puxada para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento

Em decúbito ventral, levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se nos antebraços

### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Mãos habitualmente abertas

Segura, por alguns instantes, roca que lhe é colocada nas mãos

Revela prazer em olhar para as mãos. Brinca com elas

Em decúbito dorsal segue os objectos com os olhos

### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Vocaliza

Manifesta interesse por sons familiares

### COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL

Sorri quando se fala com ela, olhando-a na face

### SINAIS DE ALERTA

- Não fixa nem segue objectos
- Não sorri
- Não há qualquer controlo da cabeça
- Mãos sempre fechadas
- Membros rígidos em repouso
- Sobressalto ao menor ruído
- Chora e grita quando se toca
- Pobreza de movimentos

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

#### ALEITAMENTO MATERNO

Promover aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.

#### ALEITAMENTO ARTIFICIAL

Despiste de erros na preparação do biberão.

**Tabela 4:** Dosagem para alimentação com fórmula comercial dos 4 aos 5 meses

Idade da Criança	Quantidade por Biberão		Refeições por dia
	Água Fervida	Medidas de Leite	
4º e 5º Mês	210	7	5*

#### INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS

Aos 4 meses deve ser introduzida uma refeição de papa sem glúten na alimentação das crianças alimentadas com biberão.

Aos 5 meses poderão iniciar uma refeição de sopa e outra de papa.

#### Anexo 12

Folheto: Introdução de novos Alimentos

#### Anexo 13

Manual da Alimentação da Criança no Primeiro Ano de vida

### ELIMINAÇÃO

#### CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

Com a introdução de novos alimentos, as fezes podem adquirir uma frequência, coloração e consistência diferentes da habitual. Pode surgir diarreia, em caso de alergia alimentar.

#### Anexo 14

Folheto: Diarreia Infantil

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- Risco de aspiração
- Risco de asfixia/afogamento
- Risco de queimaduras

#### Anexo 5

### REFORÇO DO ENSINO DAS REACÇÕES PÓS VACINAIS

DTPaHibVIP

#### Anexo 4

#### OUTROS CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- ✓ Informar a mãe sobre **os direitos** em relação à interrupção diária do trabalho para amamentação e ajudar a manter a amamentação em mães a trabalhar.
- ✓ Informar a mãe que a partir desta altura haverá uma maior incidência de infeções por **imaturidade imunológica**.



## 10 – CONSULTA DOS 6 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Pediómetro

Roca

### EXAME FÍSICO

#### PESO

- O peso deve ser avaliado, com o bebé totalmente despido, ou caso o ambiente não esteja aquecido, se o bebé for pesado com fralda ou alguma peça de roupa interior, deve ser descontado o peso equivalente.

#### ESTATURA

Entre o 4º e o 12º mês, crescerá 1cm por mês.

#### FONTANELAS

- Avaliar o tamanho da fontanela anterior com o dedo indicador e registar as suas dimensões na ficha da consulta

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

- Avaliar o perímetro cefálico com fita métrica maleável, passando por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** - 80 a 150 bpm acordado  
- 70 a 120 bpm em repouso.

**Frequência respiratória** - 30 cpm.

**Temperatura** - 37.5°C.

## DENTICÃO

Aparecimento dos primeiros dentes

--- I + --- C + --- M

**Fórmula:**  $\frac{n^{\circ}}{n^{\circ}}$  I +  $\frac{n^{\circ}}{n^{\circ}}$  C +  $\frac{n^{\circ}}{n^{\circ}}$  M (sendo I - dentes incisivos; C - Caninos; M - Molares. O numerador corresponde ao nº de dentes do maxilar superior e o denominador corresponde ao maxilar inferior).

## Anexo 15

Folheto: Vamos Escovar os dentes

## DOENÇA DISPLÁSICA DA ANCA

Sinais clássicos:

Limitação da abdução da anca (persistente e < 75°).

Pregas cutâneas assimétricas.

Encurtamento de um dos membros inferiores.

**Nota:** Se luxação bilateral apenas o 1º dado é positivo, já que se torna impossível comparar com o "lado normal".

## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Controla a cabeça na posição de sentado

Em decúbito ventral, levanta apoia-se nas mãos e tem os braços em extensão

Em pé, sustenta o peso do corpo sobre os membros inferiores, de forma intermitente

### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Preensão palmar dos objectos. Leva-os á boca

Olha para os objectos em seu redor, mesmo para os objectos pequenos

### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora

Vocaliza muito

### COMPORTAMENTO SOCIAL

Ri alto

Interessa-se pelo meio ambiente

## SINAIS DE ALERTA

- Ausência de controlo da cabeça, membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar
- Não olha nem pega qualquer objecto
- Assimetrias
- Não reage aos sons
- Não vocaliza
- Desinteresse pelo ambiente
- Irritabilidade
- Estrabismo manifesto e constante

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

#### ALEITAMENTO MATERNO

Sempre que possível o aleitamento materno deve ser mantido, conjuntamente com a introdução da alimentação diversificada.

#### ALEITAMENTO ARTIFICIAL

**Tabela 5** – Dosagem para alimentação com fórmula comercial a partir dos 6 meses

Idade da Criança	Quantidade por Biberão		Refeições por dia
	Água Fervida	Medidas de Leite	
6º Mês e seguintes	240	8	3

#### INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS

As crianças que foram amamentadas exclusivamente até aos 6 meses iniciam nesta idade a introdução de novos alimentos.

Ensino da preparação da primeira sopa.

**Anexo 12 e 13**

### ELIMINAÇÃO

#### CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

Com a introdução de novos alimentos, as fezes podem adquirir uma frequência, coloração e consistência diferentes da habitual.

**Anexo 14**

## ESCLARECER DÚVIDAS, RECEIOS E PROBLEMAS DOS PAIS

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- Risco de aspiração
- Risco de quedas
- Risco de intoxicação
- Risco de queimaduras
- Risco de lesão corporal

**Anexo 5**

### REACÇÕES PÓS VACINAIS

DPTaHiBVIP e VHB

**Anexo 4**

## 11 - CONSULTA DOS 9 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Pediómetro

Roca

Papel

### EXAME FÍSICO

#### PESO

Dos 8 aos 12 meses o aumento é de cerca de 250g/mês ou seja, 10gr por dia.

#### ESTATURA

Entre o 4º e o 12º mês, crescerá cerca de 1cm por mês.

#### FONTANELA

- Avaliar o tamanho da fontanela anterior com o dedo indicador e registar as suas dimensões na ficha da consulta

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

- Avaliar o perímetro cefálico com fita métrica maleável, passando por cima das sobrancelhas, por cima da inserção dos pavilhões auriculares e pela proeminência occipital.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** - 80 a 150 batimentos por minuto acordado

- 70 a 120 batimentos por minuto em repouso.

**Frequência respiratória** 30 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37.5 °C.

## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Senta-se sozinho, sem apoio

Passa de uma posição para a outra (sentado, gatas)

Sentado, tem equilíbrio quando se inclina para os lados ou para a frente

### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Tenta pegar num pequeno objecto entre o polegar e o indicador (movimento de pinça)

Transfere objectos de uma mão para a outra

Procura o objecto que cai

### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora

Vocaliza deliberadamente (repete sons ou sílabas)

### COMPORTAMENTO SOCIAL

Distingue os familiares dos estranhos

Leva tudo à boca

Mastiga

### SINAIS DE ALERTA

- Não se senta
- Permanece sentado imóvel sem procurar mudar de posição
- Assimetrias
- Sem preensão palmar, não leva objectos à boca
- Não reage aos sons
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização
- Apático sem relacionamento com os familiares
- Engasga-se com facilidade
- Estrabismo

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos ou mais (em regime livre ou seja sem horário rígido, sem intervalos nocturnos).

**Anexo 12 e 13**

### HIGIENE ORAL

**Anexo 15**

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES:

- Risco de asfixia
- Risco de queda
- Risco de intoxicação
- Risco de queimaduras
- Risco de acidente rodoviário
- Risco de acidente corporal

**Anexo 5**

### OUTROS CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Sensibilizar a mãe para a **reação** do bebé relativamente à presença de **estranhos**

## 12- CONSULTA DOS 12 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta  
Boletim de Saúde Infantil  
Balança  
Fita Métrica  
Pediómetro  
Lenço  
Roca  
Cubo  
Pastilhas coloridas

### EXAME FÍSICO

#### PESO

O peso apresentado ao nascer triplica aos 12 meses.

#### ESTATURA

O comprimento apresentado ao nascer aumenta cerca de 50 % aos 12 meses.

#### FONTANELA

Fontanela anterior mede cerca de 1cm ao ano de idade.

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

Ao ano é cerca de 45cm.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** - 80 a 150 batimentos por minuto acordado  
- 70 a 120 batimentos por minuto em repouso.  
**Frequência respiratória** 30 ciclos por minuto.  
**Temperatura:** 37.5 °C.



## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Senta-se sem apoio e mantém-se sentado algum tempo

Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas, em pé)

Quando sentado, vira-se para agarrar um objecto

### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Pega em pequenos objectos (pastilhas coloridas) entre o polegar e o indicador

Larga voluntariamente o objecto e atira-o

Procura o objecto escondido

### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora

Vocaliza abundantemente com diversas entoações

### COMPORTAMENTO SOCIAL

Imita certos gestos ou mímicas

Sacode a cabeça para dizer 'não'

Tenta chamar à atenção

Mastiga

### SINAIS DE ALERTA

- Não aguenta o peso nas pernas
- Permanece imóvel; não procura mudar de posição
- Assimetrias
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão
- Não responde à voz
- Não brinca nem estabelece contacto
- Não mastiga

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos dois anos de vida ou mais.

**Leite de Vaca** (leite gordo) a partir desta idade as crianças em aleitamento artificial podem tomar leite de vaca, sem açúcar, cerca de 500 ml por dia.

Início da adaptação ao **regime alimentar familiar**

**Anorexia fisiológica:** diminuição do apetite devido à desaceleração do crescimento e diminuição das necessidades quantitativas de alimentos.

### HIGIENE ORAL

**Anexo 15**

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES

**Anexo 5**

### OUTROS CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Informar a mãe da importância de proporcionar aprendizagem de **regras sociais** (impor limites)

### 13 - CONSULTA DOS 15 MESES

#### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta  
Boletim de Saúde Infantil  
Balança  
Fita Métrica  
Pediómetro  
Lenço  
Roca  
Cubo  
Pastilhas coloridas

#### EXAME FÍSICO

##### PESO

##### ESTATURA

Dos 12 meses aos 24 meses cresce aproximadamente 12cm.

##### FONTANELA

Fontanela anterior encerra entre os 15 e os 18 meses.

##### PERÍMETRO CEFÁLICO

##### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** - 80 a 150 batimentos por minuto acordado  
- 70 a 120 batimentos por minuto em repouso.

**Frequência respiratória** 30 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37.5 °C.

## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Esta avaliação é realizada caso não o tenha sido aos 12 meses

### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Senta-se sem apoio e mantém-se sentado algum tempo

Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas, em pé)

Quando sentado, vir-se para agarrar um objecto

### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Pega em pequenos objectos (pastilhas coloridas) entre o polegar e o indicador

Larga voluntariamente o objecto e atira-o

Procura o objecto escondido

### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora

Vocaliza abundantemente com diversas entoações

### COMPORTAMENTO SOCIAL

Imita certos gestos ou mímicas

Sacode a cabeça para dizer 'não'

Tenta chamar á atenção

Mastiga

### SINAIS DE ALERTA

- Não aguenta o peso nas pernas
- Permanece imóvel; não procura mudar de posição
- Assimetrias
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão
- Não responde à voz
- Não brinca nem estabelece contacto
- Não mastiga

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos dois anos de vida ou mais.

**Leite de Vaca** (leite gordo) a partir desta idade as crianças em aleitamento artificial podem tomar leite de vaca, sem açúcar, cerca de 500 ml por dia.

#### **Regime alimentar familiar**

**Anorexia fisiológica:** diminuição do apetite devido à desaceleração do crescimento e diminuição das necessidades quantitativas de alimentos.

### REACÇÕES PÓS VACINAIS

#### **VASPR**

Não são imediatas, por volta do 5º-12º dia pode surgir febre superior a 39,4°C que dura 1 a 2 dias e exantema cutâneo.

**Anexo 4**

### HIGIENE ORAL

**Anexo 15**

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Até à idade pré-escolar (1 a 4 anos)

- Risco de acidentes rodoviários:
- Risco de Afogamento
- Risco de queimaduras
- Risco de intoxicação
- Risco de queda
- Risco de aspiração e asfixia
- Risco de lesão corporal

## 14 - A CONSULTA DOS 18 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta  
Boletim de Saúde Infantil  
Balança  
Fita Métrica  
Pediómetro  
Lenço  
Roca  
Cubos  
Pastilhas coloridas  
Chávena  
Colher

### EXAME FÍSICO

#### PESO

O aumento estado ponderal não é tão evidente nesta idade.

#### ESTATURA

Dos 12 meses aos 24 meses cresce aproximadamente 12cm.

#### FONTANELA

Fontanela anterior estará encerrada por esta idade

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

O crescimento cefálico não é tão evidente.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** - 80 a 150 batimentos por minuto acordado  
- 70 a 120 batimentos por minuto em repouso.

**Frequência respiratória** 30 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37.5 °C.

## **PROBLEMAS ORTOPÉDICOS, POSTURA / MOTRICIDADE**

Registar em observações se a criança apresenta problemas ortopédicos ou alterações posturais.

### **DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR**

#### **MOTRICIDADE GROSSEIRA – LOCOMOÇÃO**

Anda sozinho

Senta-se sozinho numa cadeira pequena

#### **VISÃO – MANIPULAÇÃO**

Constrói torres de 2 ou 3 cubos

Aponta para a imagem com o indicador

#### **AUDIÇÃO E LINGUAGEM**

Compreende ordens simples

Palra, algumas palavras incompreensíveis

#### **COMPORTAMENTO SOCIAL**

Imita – por exemplo, tarefas domésticas – após o desaparecimento do modelo

Começa a utilizar a chávena e a colher

Manifesta a sua vontade

### **CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

#### **ALIMENTAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos dois anos de vida ou mais.

**Regime alimentar familiar:** Alimentação Saudável

**Anexo 16**

Brochura: Roda dos Alimentos

#### **HIGIENE ORAL**

**Anexo 15**

#### **DESMAME DO BIBERÃO**

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

### OUTROS CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- ✓ Informar a mãe sobre possíveis **alterações do comportamento** nesta idade (birras, negativismo, afirmação, independência, ansiedade da separação, terrores nocturnos)
- ✓ Aprendizagem de **regras e rotinas da vida diária**
- ✓ **Estimular** a criança a, brincar, desenhar, ler-lhe uma história.
- ✓ Dosear hábitos de ver TV.



## 15 - CONSULTA DOS 24 MESES

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Bola

Cubos

Boneco

### EXAME FÍSICO

#### PESO

- Pesar a criança, numa balança comum aos adultos, com o mínimo de roupa possível e sem sapatos.

O peso apresentado ao nascer quadruplica aos 2 anos e meio. Apresentando um aumento anual de 2-3kg até ao final da idade escolar.

#### ESTATURA

- Usar a fita, colocada na parede. Evitar medir a criança, com sapatos.

Aos 2 anos a estatura é aproximadamente 50% da estatura adulta final. Aumenta durante o segundo ano cerca de 12cm.

#### PERÍMETRO CEFÁLICO

O crescimento cefálico não é tão evidente.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 70 a 110 batimentos por minuto acordado

- 60 a 90 batimentos por minuto em repouso.

**Frequência respiratória** 25 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37.5 °C.

## **PROBLEMAS ORTOPÉDICOS, POSTURA / MOTRICIDADE**

Registar em observações se a criança apresenta problemas ortopédicos ou alterações posturais.

## **DENTICÃO**

----I + ---- C + ---- M

A denticão decídua fica completa por volta dos 26 meses: 4/4 1+2/2 C+4/4M

## **DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR**

### **MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO**

Anda sozinho

Dá pontapés na bola

### **VISÃO - MANIPULAÇÃO**

Constrói torres de 5 ou 6 cubos

Coloca cubos na caixa e põe a tampa

### **AUDIÇÃO E LINGUAGEM**

Compreende ordens simples

Palra, algumas palavras incompreensíveis

### **COMPORTAMENTO SOCIAL**

Imita – por exemplo, tarefas domésticas – após o desaparecimento do modelo

Reconhece 2 a 3 partes do corpo (boneco)

Utiliza a chávena e a colher

Manifesta a sua vontade

## **CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

### **ALIMENTAÇÃO**

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos dois anos de vida ou mais.

**Regime alimentar familiar:** Alimentação Saudável

**Anexo 16**

### **PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

## HIGIENE ORAL

**Anexo 15**

## O DESMAME DA CHUPETA E DO BIBERÃO

## OUTROS CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- ✓ **Estimular a linguagem** da criança (falando com ela), pronunciando correctamente as palavras, ler-lhe livros ou contar-lhe histórias.

## 16 - CONSULTA DOS 3 ANOS

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

Cores

Cubos

Lápis

Papel

### EXAME FÍSICO

#### PESO

- Pesar a criança, numa balança comum aos adultos, com o mínimo de roupa possível e sem sapatos.

Nesta fase apresenta um aumento anual de 2-3kg até ao final da idade escolar.

#### ESTATURA

Aumenta durante o terceiro ano de vida cerca de 6 a 8cm.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 70 a 110 batimentos por minuto acordado

- 60 a 90 batimentos por minuto em repouso.

**Frequência respiratória** 25 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37.2 °C.

#### PROBLEMAS ORTOPÉDICOS, POSTURA / MOTRICIDADE

Registar em observações se a criança apresenta problemas ortopédicos ou alterações posturais.

#### DENTICÃO

----I + ---- C + ---- M

## DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Equilíbrio momentâneo num pé  
Sobe escadas alternadamente  
Desce com os dois pés no mesmo degrau

### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Constrói torres de 9 cubos  
Imita a ponte de 3 cubos. Copia o círculo e a cruz  
Combina 2 cores geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde)

### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Diz o nome completo e o sexo  
Vocabulário extenso mas pouco compreensível para estranhos  
Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem

### COMPORTAMENTO SOCIAL

Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário  
Vai sozinha à casa de banho  
Come com colher e garfo

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO

A OMS e a UNICEF aconselham o aleitamento materno até aos dois anos de vida ou mais.

**Regime alimentar familiar:** Alimentação Saudável

**Anexo 16**

### HIGIENE ORAL

**Anexo 15**

### TEMPERAMENTO

Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade, angústia de separação.

### PREVENÇÃO DE ACIDENTES

#### **OUTROS CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

Relacionamento com outras crianças, descoberta do sexo, disciplina, altura para iniciar o Jardim-de-infância, brincar, desenhar, estimular a criatividade, hábitos de ver TV.

## 17 - CONSULTA DOS 5 / 6 ANOS

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta  
Boletim de Saúde Infantil  
Balança  
Fita Métrica  
Cores  
Cubos  
Lápis  
Papel

### EXAME FÍSICO

#### PESO

Aumento anual de 2-3kg até ao final da idade escolar.

#### ESTATURA

Apresenta um aumento anual de cerca de 5 a 7,5cm.

### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 70 a 110 batimentos por minuto acordado  
- 60 a 90 batimentos por minuto em repouso.

**Frequência respiratória** 21 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37°C.

**Tensão Arterial:** 5 anos 94-56mmHg  
6 anos - 96-57mmHg

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Fica num pé 3 a 5 segundos com os braços dobrados sobre o tórax  
Salta alternadamente num pé

### **VISÃO - MANIPULAÇÃO**

Constrói 4 degraus com 10 cubos  
Copia o quadrado e o triângulo  
Conta 5 dedos de uma mão  
Nomeia 4 cores

### **AUDIÇÃO E LINGUAGEM**

Sabe o nome completo, idade, a morada e habitualmente a data de nascimento  
Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta  
Pode haver confusão nalguns sons

### **COMPORTAMENTO SOCIAL**

Veste-se só  
Lava as mãos e a cara e limpa-se só  
Escolhe os amigos  
Compreende as regras do jogo

### **CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

#### **ALIMENTAÇÃO ADEQUADA**

Pequeno-almoço reforçado  
Desaconselhar ingestão de álcool e açúcares de absorção rápida  
Comer legumes e frutos

**Anexo 16**

### **HÁBITOS DE SONO**

Aos 5 anos dorme cerca de 11 h por noite e aos 6 anos cerca de 10h  
Conduta dos pais face à **enurese nocturna**.

**Anexo 17**

Brochura: O joãozinho vence o chichi na cama

### **PREPARAÇÃO DA ENTRADA PARA A ESCOLA**

### **PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA**



#### **HÁBITOS**

Ver TV, brincar, desenhar, leitura

#### **HIGIENE ORAL**

Início da substituição da dentição decídua pela dentição definitiva.

#### **Anexo 16**

#### **EXERCÍCIO FÍSICO**

Actividades de lazer, ar livre e estímulo intelectual.

#### **REFORÇO ENSINO SOBRE REACÇÕES VACINAIS**

VASPR e DTPaViP

## 18 - CONSULTA DOS 10 / 13 ANOS

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

### EXAME FÍSICO

#### PESO E ESTATURA

Crescimento rápido e acelerado. Alcança o máximo de velocidade

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 55 a 90 batimentos por minuto

**Frequência respiratória** 21 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37°C.

**Tensão Arterial:** 5 anos 94-56mmHg

6 anos - 96-57mmHg

#### DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO

Aparecem as características sexuais secundárias

#### Anexo 18

Estádios do desenvolvimento pubertário de Tanner

### DESENVOLVIMENTO

#### ANEXO 19

#### DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL

##### Freud

Fase Latência (6 a 12 anos)

Fase Genital (12 ou mais anos)

## DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

### Piaget

Estádio das operações concretas (7 aos 11 anos)

Transição para o estágio das operações formais (11 aos 15 anos)

## DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

### Erikson

Identidade versus confusão de papéis - dos 12 aos 18 anos,

## SAÚDE PSICOLÓGICA

**Identidade individual** - O processo de desenvolvimento de uma identidade pessoal leva tempo e é tenso, com períodos de confusão, depressão e desânimo.

**Identidade de grupo** - a pressão de pertencer a um grupo intensifica-se, esta pertença ajuda-o a definir as diferenças entre ele e os pais.

**Identidade sexual** - a adolescência é o período para a consolidação de uma identidade sexual.

**Emotividade** - O estado emocional do adolescente oscila entre a maturidade considerável e o comportamento infantil.

**Relações com os Pais** - Os jovens adoptam uma atitude crítica e argumentadora para obter a emancipação paterna. Os pais devem respeitar a intimidade do adolescente e mostrar um interesse sincero e honesto sobre o que este sente.

**Relação com os companheiros** - A amizade íntima com um só amigo é muito importante na busca da identidade. Exploração da capacidade de atrair o sexo oposto.

**Sexualidade** - Auto exploração e avaliação. A masturbação começa normalmente na puberdade. Actividade normal em ambos os sexos mas mais predominante nos rapazes.

**Intimidade limitada** - durante a adolescência a maioria dos adolescentes consentem em tocar-se e beijar-se. Mas é cada vez maior o número de jovens que têm alguma experiência sexual. Mudam facilmente de parceiro.

**Homossexualidade nos adolescentes** - é a na adolescência que os jovens se questionam acerca da sua orientação sexual.

#### **CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

##### **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

- Desaconselhar fast-food
- Prevenção da obesidade juvenil

##### **ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL**

- Despiste de distúrbios do comportamento alimentar
- Anorexia e bulimia

##### **COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO**

- Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis

#### **Anexo 20**

Folheto: Doenças Sexualmente transmissíveis

##### **CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS**

##### **IDEALIZAÇÃO SUICIDA**

## 19 - CONSULTA DO ADOLESCENTE

### MATERIAL NECESSÁRIO

Ficha da Consulta

Boletim de Saúde Infantil

Balança

Fita Métrica

### EXAME FÍSICO

#### PESO E ESTATURA

Desaceleração do crescimento nas meninas.

A estatura alcança cerca de 95% da estatura adulta.

#### SINAIS VITAIS

**Frequência cardíaca** – 55 a 90 batimentos por minuto.

**Frequência respiratória** 21 ciclos por minuto.

**Temperatura:** 37°C.

**Tensão Arterial:** 5 anos 94-56mmHg

6 anos - 96-57mmHg

#### DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO

As características sexuais secundárias estão bastante avançadas.

Aos 18 anos o adolescente está fisicamente maduro, crescimento estrutural e reprodutor quase completo.

**Anexo 18**

### DESENVOLVIMENTO

**ANEXO 19**

#### DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL

**Freud**

**Fase Genital** - 12 ou mais anos

## DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

### Piaget

Estádio das operações formais - raciocínio dedutivo e abstracto

## DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

### Erikson

Identidade versus confusão de papéis - dos 12 aos 18 anos

## SAÚDE PSICOLÓGICA

**Identidade Individual** - Muito centrado em si mesmo; aumenta o narcisismo.

**Relações com os pais** - Conflitos importantes entre o desejo de independência e o controlo.

**Relações com os companheiros** - Modelos de conduta estabelecidos pelo grupo de amigos.

**Sexualidade** - O tipo e grau de seriedade das relações heterossexuais são variáveis.

**Relações múltiplas** - Viragem decisiva para a heterossexualidade (se é homossexual sabe-o neste momento).

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Desaconselhar fast-food

Prevenção da obesidade juvenil

### ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Despiste de distúrbios do comportamento alimentar

Anorexia e bulimia

### COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis

## Anexo 20

Folheto: Doenças Sexualmente transmissíveis

## CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS ADITIVAS

## **IDEALIZAÇÃO SUICIDA**

## **PROJECTOS FUTUROS**

Actividade Laboral

Escolaridade

## 20 – CONCLUSÃO

*“No processo de tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guiões orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria continua da qualidade da excelência profissional dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2005).*

A filosofia subjacente às consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil integra-se nos princípios dos Cuidados de Saúde Primários, em específico, no programa de saúde infantil, sendo que este, fomenta a promoção da saúde, privilegiando o crescimento e o desenvolvimento da criança, num contexto de promoção da saúde da família. Nesta perspectiva, penso ter atingido o objectivo que me foi proposto e deste modo contribuir para a melhoria dos cuidados à criança e família nas Consultas de Saúde Infantil e Pediatria.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alimentação Humana – Volume 6 nº 3 ano 2000

Convenção Sobre os Direitos da Criança;

[http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf), Acedido em Maio de 2010

Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários – Orientações Técnicas – Crescimento e Maturação dos 0-18 Anos, Lisboa 1989

Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários – Programa Tipo de Actuação: Saúde Infantil e Juvenil, 2002

Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa nº 08/DT de 21 de Dezembro de 2005 – Programa Nacional de Vacinação 2006. Orientações Técnicas

LISSAUER, T. e CLAYDEN, G. – Manual Ilustrado de Pediatria – 3ª ed., Rio de Janeiro, Elsevier, 2009


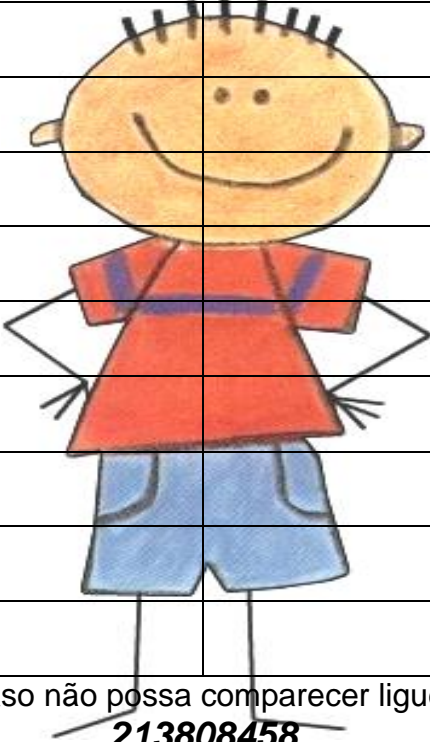

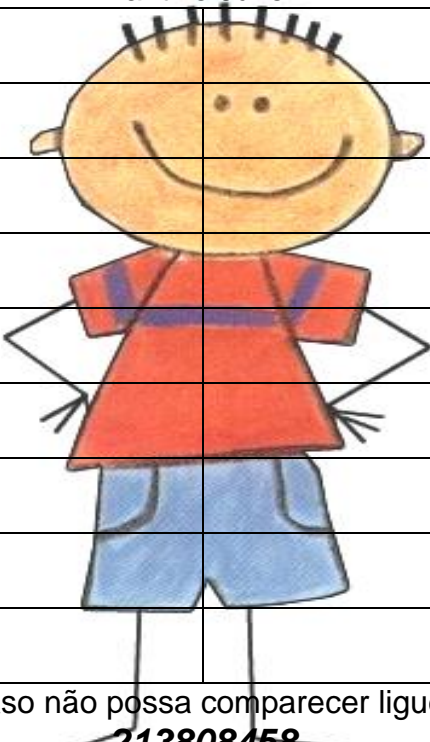
MONTEIRO, M e SANTOS, M.: Psicologia – Nova edição, Lisboa, Porto Editora

Ordem dos Enfermeiros, <http://www.oredemdosenfermeiros.pt>, Acedido em Maio de 2010

WONG – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica – 7ª ed., Elsevier, 2006

# **Anexo 1**

Fichas da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

<b>UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS CORAÇÃO DE JESUS</b> Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil	<b>UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS CORAÇÃO DE JESUS</b> Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil
	
Caso não possa comparecer ligue <b><u>213808458</u></b>	Caso não possa comparecer ligue <b><u>213808458</u></b>
<b>UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS CORAÇÃO DE JESUS</b> Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil	<b>UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS CORAÇÃO DE JESUS</b> Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil
	
Caso não possa comparecer ligue <b><u>213808458</u></b>	Caso não possa comparecer ligue <b><u>213808458</u></b>



## FICHA DE NASCIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO DO BEBÉ

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

### IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### GRAVIDEZ E PARTO

Gravidez: \_\_\_\_ semanas Normal ☐ Risco ☐ Viglada: Sim ☐ Não ☐

Local de Vigilância de Saúde Materna: \_\_\_\_\_

Local Nascimento: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: Eutócico ☐ Cesariana ☐

### AValiação À NASCENça

Peso \_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_ m PC \_\_\_\_ cm

Índice Apgar: \_\_\_\_ 1' \_\_\_\_ 5'

Rastreio auditivo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Normal ☐ Alterado ☐

### DIAGNÓSTICO PRECOCE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

### VIGILÂNCIA SAÚDE INFANTIL

1ª Consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BCG: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

VBH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Local onde vai realizar vacinação: \_\_\_\_\_

### OUTROS DADOS

Peso actual: \_\_\_\_ gr Tipo de Alimentação: Leite materno ☐ Leite Adaptado ☐

Cordão Umbilical: \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enfermeira



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 1ª Consulta (até às 3 semanas)

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

#### GRAVIDEZ E PARTO

Gravidez: \_\_\_\_\_ semanas Normal ☐ Risco ☐ Viglada: Sim ☐ Não ☐

Local Nascimento: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: Eutócico ☐ Cesariana ☐

Apgar: \_\_\_\_\_ 1' \_\_\_\_\_ 5' DP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

#### AValiação ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm Posterior \_\_\_\_\_ cm

#### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Soluções ☐ Regurgita ☐ Cólicas ☐ Vômitos ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Nº Dejeções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

#### SONO E REPOUSO

Dorme \_\_\_\_\_ h/dia Acorda para mamar ☐

Posição de deitar: \_\_\_\_\_

#### HIGIENE E VESTUÁRIO

Banho Total ☐ Banho Parcial ☐ Ictérico: Sim ☐ Não ☐

Pele: Seca ☐ Hidratada ☐ Mucosas: Coradas ☐ Hidratadas ☐

Cordão Umbilical: Cicatrizado ☐ Queda do cordão ☐ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspecto: \_\_\_\_\_

#### REFLEXOS

Preensão Palmar ☐ Preensão Plantar ☐ Tónico Cervical ☐ Moro ☐

Marcha Automática ☐ Rastejar ☐ Babinski ☐

#### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### SINAIS DE ALERTA

Testículo Não Descido ☐ OBS: \_\_\_\_\_

Doença Displásica da Anca ☐ Manobra de Ortolani: Normal ☐ Anormal ☐





## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

1º Mês

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm Posterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Soluços ☐ Regurgita ☐ Cólicas ☐ Vômitos ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Nº Dejecções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### SONO E REPOUSO

Dorme \_\_\_\_\_ h/dia Acorda para mamar ☐

Posição de deitar: \_\_\_\_\_

### HIGIENE E VESTUÁRIO

Banho Total ☐ Banho Parcial ☐ Ictérico: Sim ☐ Não ☐

Pele: Seca ☐ Hidratada ☐ Mucosas: Coradas ☐ Hidratadas ☐

Cordão Umbilical: Cicatrizado ☐ Queda do cordão ☐ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspecto: \_\_\_\_\_

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL

Tentativa de levar a mão á boca Sim ☐ Não ☐

Puxado á posição de sentado a cabeça tende para trás Sim ☐ Não ☐

Seguro de pé, dobra os joelhos e as ancas Sim ☐ Não ☐

#### Visão

Segue a bola encarnada cerca de 20cm, deslocando os olhos e a face Sim ☐ Não ☐

Segue repetidamente a face do observador Sim ☐ Não ☐

Olha para a face da mãe quando esta lhe fala ou alimenta, com expressão facial atenta Sim ☐ Não ☐

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Vira os olhos para o som de uma roca emitido a cerca de 20cm de cada lado da cabeça Sim ☐ Não ☐

Vira os olhos e a cabeça para um lado e para o outro em resposta à voz humana Sim ☐ Não ☐

Emite pequenos ruídos guturais quando satisfeito Sim ☐ Não ☐

#### COMPORTAMENTO SOCIAL E ADAPTAÇÃO SOCIAL

Em situações de interacção mantém-se vigil Sim ☐ Não ☐

Pára de chorar quando lhe falam, o seguram pelos braços ou lhe pegam ao colo Sim ☐ Não ☐

Estabelece longos períodos de interacção, sobretudo, com a mãe, durante as refeições Sim ☐ Não ☐

#### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

**2º/3º Mês**

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm Posterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Soluços ☐ Regurgita ☐ Cólicas ☐ Vómitos ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Nº Dejecções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### SONO E REPOUSO

Dorme \_\_\_\_\_ h/dia OBS: \_\_\_\_\_

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR AOS 2 MESES

Levanta a cabeça em decúbito ventral Sim ☐ Não ☐

Sorri Sim ☐ Não ☐

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR AOS 3 MESES

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA

Puxada para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento Sim ☐ Não ☐

Em decúbito ventral, levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se nos antebraços Sim ☐ Não ☐

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Mãos habitualmente abertas Sim ☐ Não ☐

Segura, por alguns instantes, roca que lhe é colocada nas mãos Sim ☐ Não ☐

Revela prazer em olhar para as mãos. Brinca com elas Sim ☐ Não ☐

Em decúbito dorsal segue os objectos com os olhos Sim ☐ Não ☐

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Vocaliza Sim ☐ Não ☐

Manifesta interesse por sons familiares Sim ☐ Não ☐

#### COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL

Sorri quando se fala com ela, olhando-a na face Sim ☐ Não ☐

#### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



#### SINAIS DE ALERTA

Não fixa nem segue objectos	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Não sorri	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Nunca segue a face humana	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Não há qualquer controlo da cabeça	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Mãos sempre fechadas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Membros rígidos em repouso	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Sobressalto com os ruídos	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Chora e grita quando se toca	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Pobreza de movimentos	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Aleitamento Materno ☐

Aleitamento Artificial ☐

Cuidados de Higiene ☐

Reacções Vacinais: VHB, DTPaHibVip (2 meses) ☐

Reacções Vacinais: MenC ☐

Prevenção Acidentes ☐

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

4º Mês

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm Posterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Introdução de novos alimentos: \_\_\_\_\_

Tolerâncias e reacções: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Nº Dejeções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### SONO E REPOUSO

Dorme \_\_\_\_\_ h/dia OBS: \_\_\_\_\_

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA

Puxada para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento Sim ☐ Não ☐

Em decúbito ventral, levanta a cabeça e os ombros, apoiando-se nos antebraços Sim ☐ Não ☐

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Mãos habitualmente abertas Sim ☐ Não ☐

Segura, por alguns instantes, roca que lhe é colocada nas mãos Sim ☐ Não ☐

Revela prazer em olhar para as mãos. Brinca com elas Sim ☐ Não ☐

Em decúbito dorsal segue os objectos com os olhos Sim ☐ Não ☐

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Vocaliza Sim ☐ Não ☐

Manifesta interesse por sons familiares Sim ☐ Não ☐

#### COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL

Sorri quando se fala com ela, olhando-a na face Sim ☐ Não ☐

#### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### SINAIS DE ALERTA

Não fixa nem segue objectos Sim ☐ Não ☐

Não sorri Sim ☐ Não ☐

Nunca segue a face humana Sim ☐ Não ☐

Não há qualquer controlo da cabeça Sim ☐ Não ☐

Mãos sempre fechadas Sim ☐ Não ☐

Membros rígidos em repouso Sim ☐ Não ☐

Sobressalto com os ruídos Sim ☐ Não ☐

Chora e grita quando se toca Sim ☐ Não ☐

Pobreza de movimentos Sim ☐ Não ☐



## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Introdução de Novos Alimentos ☐

Reacções Vacinais: DTPaHibVip ☐

Prevenção Acidentes ☐

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

6º Mês

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Introdução de novos alimentos: \_\_\_\_\_

Tolerâncias e reacções: \_\_\_\_\_

Nº Dejeções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Controla a cabeça na posição de sentado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Em decúbito ventral, levanta apoia-se nas mãos e tem os braços em extensão	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Em pé, sustenta o peso do corpo sobre os membros inferiores, de forma intermitente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Preensão palmar dos objectos. Leva-os á boca	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Olha para os objectos em seu redor, mesmo para os objectos pequenos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Vocaliza muito	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Ri alto	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Interessa-se pelo meio ambiente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

#### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### SINAIS DE ALERTA

Ausência de controlo da cabeça	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Membros inferiores rígidos e passagem directa á posição de pé quando se tenta sentar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Não olha nem pega em qualquer objecto	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Assimetrias	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Não reage a sons, não vocaliza, desinteresse pelo ambiente, irritabilidade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Estrabismo manifesto e constante	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>



## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Introdução de Novos Alimentos ☐

Aparecimentos dos primeiros dentes ☐

Reacções Vacinais: DTPaHibVip ☐

Prevenção Acidentes ☐

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

9º Mês

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Introdução de novos alimentos: \_\_\_\_\_

Tolerâncias e reacções: \_\_\_\_\_

Nº Dejeções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Senta-se sozinho, sem apoio	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Passa de uma posição para a outra (sentado, gatas)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Sentado, tem equilíbrio quando se inclina para os lados ou para a frente	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Tenta pegar num pequeno objecto entre o polegar e o indicador (movimento de pinça)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Transfere objectos de uma mão para a outra	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Procura o objecto que cai	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Vocaliza deliberadamente (repete sons ou sílabas)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Distingue os familiares dos estranhos	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Leva tudo à boca	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Mastiga	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_







## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

12º Mês

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Regime Alimentar Familiar: Sim ☐ Não ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Reacções: \_\_\_\_\_

Nº Dejecções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Senta-se sem apoio e mantém-se sentado algum tempo	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas, em pé)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Quando sentado, vira-se para agarrar um objecto	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Pega em pequenos objectos (pastilhas coloridas) entre o polegar e o indicador	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Larga voluntariamente o objecto e atira-o	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Procura o objecto escondido	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Vocaliza abundantemente com diversas entoações	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Imita certos gestos ou mímicas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Sacode a cabeça para dizer 'não'	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Tenta chamar à atenção	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Mastiga	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

**15º Mês**

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ gr Estatura \_\_\_\_\_ cm PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Regime Alimentar Familiar: Sim ☐ Não ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Reacções: \_\_\_\_\_

Nº Dejecções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Senta-se sem apoio e mantém-se sentado algum tempo	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas, em pé)	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Quando sentado, vira-se para agarrar um objecto	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Pega em pequenos objectos (pastilhas coloridas) entre o polegar e o indicador	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Larga voluntariamente o objecto e atira-o	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Procura o objecto escondido	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Procura fonte sonora	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Vocaliza abundantemente com diversas entoações	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Imita certos gestos ou mímicas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Sacode a cabeça para dizer 'não'	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Tenta chamar à atenção	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Mastiga	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



#### SINAIS DE ALERTA

Não aguenta o peso nas pernas	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Permanece imóvel, sem procurar mudar de posição	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Assimetrias	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Não pega em brinquedos ou fá-lo só com uma mão	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Não responde á voz	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Não brinca nem estabelece contacto	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Não mastiga	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>

#### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Reacções vacinais: VASPR e MenC ☐

Prevenção Acidentes ☐

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

**18º Mês**

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ kg Estatura \_\_\_\_\_ m PC \_\_\_\_\_ cm

Fontanela: Anterior \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Adaptado ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Regime Alimentar Familiar: Sim ☐ Não ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Reacções: \_\_\_\_\_

Nº Dejecções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

Treino do Bacio: Sim ☐ Não ☐

OBS: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M Lavagem dos dentes: Sim ☐ Não ☐

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA – LOCOMOÇÃO

Anda sozinho Sim ☐ Não ☐

Senta-se sozinho numa cadeira pequena Sim ☐ Não ☐

#### VISÃO – MANIPULAÇÃO

Constrói torres de 2 ou 3 cubos Sim ☐ Não ☐

Aponta para a imagem com o indicador Sim ☐ Não ☐

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Compreende ordens simples Sim ☐ Não ☐

Palra, algumas palavras incompreensíveis Sim ☐ Não ☐

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Imita – p.e. tarefas domésticas – após o desaparecimento do modelo Sim ☐ Não ☐

Começa a utilizar a chávena e a colher Sim ☐ Não ☐

Manifesta a sua vontade Sim ☐ Não ☐

### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

**24º Mês**

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso \_\_\_\_\_ kg Estatura \_\_\_\_\_ m PC \_\_\_\_\_ cm

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Leite Materno ☐ Leite Vaca ☐ Outro ☐ Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Regime Alimentar Familiar: Sim ☐ Não ☐

OBS: \_\_\_\_\_

Reacções: \_\_\_\_\_

Nº Dejeções diárias: \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

Quase que já não molha as fraldas à noite: Sim ☐ Não ☐

OBS: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M Lavagem dos dentes: Sim ☐ Não ☐

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Anda sozinho Sim ☐ Não ☐

Dá pontapés na bola Sim ☐ Não ☐

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Constrói torres de 5 ou 6 cubos Sim ☐ Não ☐

Coloca cubos na caixa e põe a tampa Sim ☐ Não ☐

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Compreende ordens simples Sim ☐ Não ☐

Palra, algumas palavras incompreensíveis Sim ☐ Não ☐

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Imita – p.e. tarefas domésticas – após o desaparecimento do modelo Sim ☐ Não ☐

Reconhece 2 a 3 partes do corpo (boneco) Sim ☐ Não ☐

Utiliza a chávena e a colher Sim ☐ Não ☐

Manifesta a sua vontade Sim ☐ Não ☐

### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐ Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_







## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

**3 Anos**

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E SINAIS VITAIS

**Peso** \_\_\_\_\_ kg **Estatura** \_\_\_\_\_ cm **PC** \_\_\_\_\_ cm

**Tensão Arterial:** \_\_\_\_\_ mmHg **Temperatura:** \_\_\_\_\_ °C

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

**Nº de Refeições:** \_\_\_\_\_

Reacções alimentares: \_\_\_\_\_

**Nº Dejecções diárias:** \_\_\_\_\_ Características das fezes: \_\_\_\_\_

**Controla Esfincteres:** Sim ☐ Não ☐

**OBS:** \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M Lavagem dos dentes: Sim ☐ Não ☐

### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

#### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Equilíbrio momentâneo num pé Sim ☐ Não ☐

Sobe escadas alternadamente Sim ☐ Não ☐

Desce com os dois pés no mesmo degrau Sim ☐ Não ☐

#### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Constrói torres de 9 cubos Sim ☐ Não ☐

Imita a ponte de 3 cubos. Copia o círculo e a cruz Sim ☐ Não ☐

Combina 2 cores geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde) Sim ☐ Não ☐

#### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Diz o nome completo e o sexo Sim ☐ Não ☐

Vocabulário extenso mas pouco compreensível para estranhos Sim ☐ Não ☐

Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem Sim ☐ Não ☐

#### COMPORTAMENTO SOCIAL

Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário Sim ☐ Não ☐

Vai sozinha à casa de banho Sim ☐ Não ☐

Come com colher e garfo Sim ☐ Não ☐

### VACINAÇÃO

**PNV Actualizado:** Sim ☐ Não ☐ **Próxima Vacina:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Temperamento da criança** ☐

**Prevenção Acidentes** ☐

**Aprendizagem de regras e rotinas da vida diária** ☐

**Relacionamento** (descoberta do sexo, disciplinas, jardim de infância, brincar, desenhar, etc) ☐



OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### 5/6 Anos – Exame de Saúde Global

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

#### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E SINAIS VITAIS

Peso \_\_\_\_\_ kg Estatura \_\_\_\_\_ m

Tensão Arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Temperatura: \_\_\_\_\_ °C

#### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

Nº de Refeições: \_\_\_\_\_

Reacções alimentares: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

#### DENTIÇÃO

Cáries: \_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M Lavagem dos dentes: Sim O Não O

Primeiros dentes definitivos: \_\_\_\_\_

#### RASTREIO VISUAL

OD: \_\_\_\_\_ OE: \_\_\_\_\_

#### RASTREIO AUDITIVO

Acuidade Auditiva: Mantida O Alterada O

#### DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

##### MOTRICIDADE GROSSEIRA - LOCOMOÇÃO

Fica num pé 3 a 5 segundos com os braços dobrados sobre o tórax Sim O Não O

Salta alternadamente num pé Sim O Não O

##### VISÃO - MANIPULAÇÃO

Constrói 4 degraus com 10 cubos Sim O Não O

Copia o quadrado e o triângulo Sim O Não O

Conta 5 dedos de uma mão Sim O Não O

Nomeia 4 cores Sim O Não O

##### AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Sabe o nome completo, idade, a morada e habitualmente a data de nascimento Sim O Não O

Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta Sim O Não O

Pode haver confusão nalguns sons Sim O Não O

##### COMPORTAMENTO SOCIAL

Veste-se só Sim O Não O

Lava as mãos e a cara e limpa-se só Sim O Não O

Escolhe os amigos Sim O Não O

Compreende as regras do jogo Sim O Não O

##### VACINAÇÃO

PNV Actualizado: Sim O Não O Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



#### SINAIS DE ALARME

Hiperactivo, distraído, dificuldade de concentração ☐

Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez ☐

Estrabismo ou suspeita de deficit visual ☐

Perturbação do comportamento ☐

#### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Alimentação ☐

Prevenção Acidentes e promoção da segurança ☐

Hábitos de sono ☐

Enurese Nocturna ☐

Preparação da entrada para a escola ☐

Hábitos de ver TV, jogar computador ou playstation, brincar, desenhar ☐

Higiene oral ☐

Exercício físico ☐

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

**10/13 Anos** – Exame de Saúde Global

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Processo nº: \_\_\_\_\_

### AValiação ANTROPOMÉTRICA E SINAIS VITAIS

**Peso** \_\_\_\_ kg **Estatuta** \_\_\_\_ m

**Tensão Arterial:** \_\_\_\_ mmHg

### ALIMENTAÇÃO / ELIMINAÇÃO

**Nº de Refeições:** \_\_\_\_

Reacções alimentares: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

### DENTIÇÃO

**Cáries:** \_\_\_\_ I \_\_\_\_ C \_\_\_\_ M

### RASTREIO VISUAL

OD: \_\_\_\_\_ OE: \_\_\_\_\_

### RASTREIO AUDITIVO

**Acuidade Auditiva:** Mantida ☐ Alterada ☐

### ESCOLA

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Projectos Futuros:** \_\_\_\_\_

### SEXUALIDADE

**Menarca:** \_\_\_\_ Anos **Ciclo Menstrual:** Regular ☐ Irregular ☐ **Duração:** \_\_\_\_ Dias

### CONSUMO SUBSTANCIAS NOCIVAS

**Tabaco:** Sim ☐ Não ☐ **Álcool:** Sim ☐ Não ☐ **Drogas:** Sim ☐ Não ☐

Cigarros/dia: \_\_\_\_\_ Copos/dia: \_\_\_\_\_

### VACINAÇÃO

**PNV Actualizado:** Sim ☐ Não ☐ **Próxima Vacina:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SINAIS DE ALERTA

**Alimentação desequilibrada** ☐

**Alteração da Imagem Corporal** ☐

**Labilidade Emocional** ☐

**Idealização Suicida** ☐

**Comportamentos de Risco** ☐

**Consumo de substâncias nocivas** ☐





## FOLHA DE REGISTO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

### *Adolescentes – 14 aos 18 anos*

Nome: \_\_\_\_\_

D. N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Processo nº: \_\_\_\_\_

#### **AValiação ANTROPOMÉTRICA E SINAIS VITAIS**

Peso \_\_\_\_\_ Kg      Estatura \_\_\_\_\_ m      IMC \_\_\_\_\_      TA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg

#### **ALIMENTAÇÃO**

Reacções Alimentares: \_\_\_\_\_

Nº de Refeições: \_\_\_\_\_      Regime Alimentar: \_\_\_\_\_

#### **DENTIÇÃO**

Cáries: Sim ☐ Não ☐      Incisivos \_\_\_\_\_ Caninos \_\_\_\_\_ Molares \_\_\_\_\_

#### **VISÃO**

Acuidade Visual: Mantida ☐ Alterada ☐      Próteses Oculares: Sim ☐ Não ☐

Rastreio: OD \_\_\_\_\_ OE \_\_\_\_\_

#### **AUDIÇÃO**

Acuidade Auditiva: Mantida ☐ Alterada ☐

#### **ESCOLA**

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Projectos Futuros: \_\_\_\_\_

Actividade Laboral: \_\_\_\_\_

#### **SEXUALIDADE**

Menarca: \_\_\_\_\_ Anos      Ciclo Menstrual: Regular ☐ Irregular ☐      Duração: \_\_\_\_\_ Dias

Coitarca: \_\_\_\_\_ Anos      Vida Sexual Activa: Sim ☐ Não ☐

Métodos Contraceptivos: \_\_\_\_\_

#### **CONSUMO SUBSTANCIAS NOCIVAS**

Tabaco: Sim ☐ Não ☐      Álcool: Sim ☐ Não ☐      Drogas: Sim ☐ Não ☐

Cigarros/dia: \_\_\_\_\_      Copos/dia: \_\_\_\_\_

Canabis: Sim ☐ Não ☐      Ecstasy: Sim ☐ Não ☐      Haxixe: Sim ☐ Não ☐

Outras: \_\_\_\_\_

#### **VACINAÇÃO**

PNV Actualizado: Sim ☐ Não ☐      Próxima Vacina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



#### SINAIS DE ALERTA

- Alimentação desequilibrada ☐
- Alteração da Imagem Corporal ☐
- Labilidade Emocional ☐
- Idealização Suicida ☐
- Comportamentos Sexuais de Risco ☐
- Consumo de substâncias nocivas ☐

#### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Alimentação Saudável ☐
- Prática Desportiva ☐
- Escola/Actividade Laboral/Projectos Futuros ☐
- Sexualidade ☐
- Prevenção DST ☐
- Consumos Nocivos ☐

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermeira

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **Anexo 2**

Focos de Actuação CIPE

## **FOCOS DE ACTUAÇÃO – CIPE**

### Primeira Consulta

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Eructação, Regurgitação; Vômito; Cólica; Obstipação; Diarreia; Chorar; Dermatite Seborreica; Pele seca; Eritema das Fraldas; Sono;

### Consulta 1º Mês

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Eructação, Regurgitação; Vômito; Cólica; Obstipação; Diarreia; Chorar; Dermatite Seborreica; Pele seca; Eritema das Fraldas; Sono;

### Consulta dos 2 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Eructação, Regurgitação; Vômito; Cólica; Obstipação; Diarreia; Chorar; Dermatite Seborreica; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Sono;

### Consulta dos 4 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Eructação, Regurgitação; Vômito; Cólica; Obstipação; Diarreia; Chorar; Dermatite Seborreica; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono; Febre

### Consulta dos 6 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Eructação, Regurgitação; Vômito; Cólica; Obstipação; Diarreia; Chorar; Dermatite Seborreica; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono; Febre

#### Consulta dos 9 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Vômito; Obstipação; Diarreia; Chorar; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono;

#### Consulta dos 12 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Alimentar com biberão; Vômito; Obstipação; Diarreia; Chorar; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono;

#### Consulta dos 15 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Vômito; Obstipação; Diarreia; Chorar; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono;

#### Consulta dos 18 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Vômito; Obstipação; Diarreia; Chorar; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono; Andar;

#### Consulta dos 24 Meses

Papel Parenteral; Paternidade; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Amamentação; Vômito; Obstipação; Diarreia; Chorar; Pele seca; Eritema das Fraldas; Febre; Alergia Alimentar; Sono;

#### Consulta dos 3 Anos

Papel Parenteral; Vinculação; Desenvolvimento Infantil; Crescimento; Vômito; Obstipação; Diarreia; Pele seca; Febre; Andar; Enurese;

#### Consulta dos 5/6 Anos

Visão; Audição; Enurese; Encoprese; Pensamento Concreto

#### Consulta dos 10/13 Anos

Adesão à vacinação; Maturação; Menstruação; Uso de contraceptivos; Uso de Substâncias; Comportamento Sexual; Pensamento Abstracto;

Consulta do Adolescente

Adesão à vacinação; Maturação; Menstruação; Uso de contraceptivos; Uso de Substâncias; Auto-Vigilância da mama; Planeamento Familiar; Comportamento Sexual; Pensamento Abstracto;

# Anexo 3

Teste do Pezinho

# **Anexo 4**

Reflexos do Lactente

## REFLEXOS DO LACTENTE

REFLEXOS	ESTIMULAÇÃO	RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
<b>PREENSÃO PALMAR</b>	Colocar um dedo na palma da mão	Os dedos da mão da criança envolvem o dedo do examinador	Persiste até ao 3 ou 4 meses
<b>PREENSÃO PLANTAR</b>	Colocar um dedo na base dos dedos do pé	Os dedos do pé curvam-se para baixo	Persiste até aos 8 meses
<b>TÓNICO CERVICAL</b>	Rodar a cabeça, rapidamente, para um lado	Com a cabeça virada para o lado esquerdo, o braço e perna esquerdos ficam em extensão; o braço e a perna opostos flectem-se, virando a cabeça para a direita os membros assumem posturas opostas	A resposta completa desaparece aos 3/4 meses
<b>MORO</b>	Segurar o bebé em posição semi-sentada; permitir que a cabeça e o tronco descaiam para trás.	Abdução e extensão dos braços, simétrica, os dedos afastam-se formando um C com o polegar e o dedo indicador.	Reflexo ausente a partir dos 6 meses. Resposta assimétrica: possível lesão plexo braquial Persistência: Indicativo de possível lesão cerebral
<b>MARCHA AUTOMÁTICA</b>	Segurar o bebé em posição vertical, permitindo que um pé toque a superfície da mesa	O bebé simulará a marcha, alternando flexão e extensão dos pés	Presente durante cerca de 3 a 4 semanas
<b>RASTEJAR</b>	Colocar o bebé em decúbito ventral	O bebé executa movimentos de rastejar com os braços e pernas	Desaparece após cerca de 6 semanas
<b>BABINSKI</b>	Pressionar com o dedo, a planta do pé, começando no calcanhar, fazendo força ao longo da face lateral	Hiperextensão de todos os dedos com dorsiflexão do primeiro dedo	Desaparece ao final de 1 ano. A sua ausência pode ser sugestiva de alteração neurológica.

# **Anexo 5**

Manual do Aleitamento Materno



# **Anexo 6**

Vacinação

# **Anexo 7**

Vale a pena crescer em segurança

Manual APSI

## **Anexo 8**

Contracepção e Vigilância de Saúde Após Parto

## **Anexo 9**

Amamentação e Contracepção

# **Anexo 10**

Amamentação – Como Resolver Pequenos Problemas

# **Anexo 11**

Desenvolvimento Infantil

### **3 Anos**

- ❖ Conheço o meu sexo;
- ❖ Salto com um pé;
- ❖ Brinco com as outras crianças;
- ❖ Faço muitas perguntas;
- ❖ Brinco com “amiguinhos imaginários”;
- ❖ Conheço 11 partes do meu corpo

### **4 Anos**

- ❖ Sei dizer o meu nome, idade e o nome dos meus amigos e meus pais;
- ❖ Sei a diferença entre os sexos;
- ❖ Conheço todas as cores;
- ❖ Com os olhos abertos, fico de pé imóvel;
- ❖ Com os olhos fechados, fico de pé durante 10 segundos.
- ❖ Sei vestir-me e despir-me sozinho;
- ❖ Conto histórias exageradas.
- ❖ Participo em jogos competitivos;

**O Desenvolvimento da Criança  
começa no útero e prolonga-se  
nos meses e anos seguintes.**



**O ritmo de desenvolvimento  
difere de criança para criança.**

Elaborado por: **Cristina Oliveira**  
Aluna Estagiária  
MESIP—UCP

Junho de 2010

**Mamã, queres saber  
como é o meu  
Desenvolvimento?**



**Então lê este folheto!!!**



## Nascimento - 1 Mês

- ❖ Estou quase sempre a dormir;
- ❖ Mexo muito os braços e as pernas;
- ❖ Choro quando tenho fome, sono, cólicas, frio ou calor.
- ❖ Quando ouço a tua voz ou a do papá, viro logo a cabeça e olho para vocês.
- ❖ Olho muito para ti enquanto me dás de mamar e cuidas de mim.

## 3 Meses

- ❖ Já durmo menos, e por isso, olho com atenção à minha volta e gosto de ter companhia.
- ❖ Tenho habitualmente as mãos abertas e brinco com elas;
- ❖ Quando alguém coloca um dedo na minha mão, aperto com força;
- ❖ Sorrio muito, quando me fazem gracinhas;
- ❖ Quando estou de barriga para baixo, já levanto a cabeça e os ombros, apoiando-me nos antebraços. E ao colo seguro-a bem.

## 6 Meses

- ❖ Mantenho-me sentado com pequeno apoio;
- ❖ De barriga para baixo já consigo apoiar-me nas mãos e voltar-me;
- ❖ Brinco com os meus pés e coloco-os na boca;
- ❖ Agarro objectos com ambas as mãos e levo tudo à boca;
- ❖ Volto-me para os sons;
- ❖ Palreio;

## 9 Meses

- ❖ Sento-me muito bem e começo a querer gatinhar;
- ❖ Ponho-me de pé com apoio, mas não consigo baixar-me;
- ❖ Passo os brinquedos de uma mão para a outra e atiro-os ao chão;
- ❖ Agarro pequenos objectos entre o polegar e o indicador;
- ❖ Imito alguns sons que ouço;
- ❖ Faço gracinhas.

## 1 Ano

- ❖ Começo a andar sozinho;
- ❖ Procuro objectos escondidos;
- ❖ Sei responder a ordens simples;
- ❖ Conheço o significado de algumas palavras;
- ❖ Digo “mãe” e “pai”, e ainda outra palavra;
- ❖ Dou pelo meu nome;
- ❖ Sei mostrar onde tenho dói-dói.

## 2 Anos

- ❖ Salto com os dois pés;
- ❖ Corro, subo e desço escadas;
- ❖ Peço para fazer xixi ou cocó;
- ❖ Bebo e como sozinho;
- ❖ Construo torre com 5 ou 6 cubos;
- ❖ Aponto 4 partes do corpo e sei como se chamam;
- ❖ Digo pequenas frases;
- ❖ Nas minhas brincadeiras imito cenas domésticas;

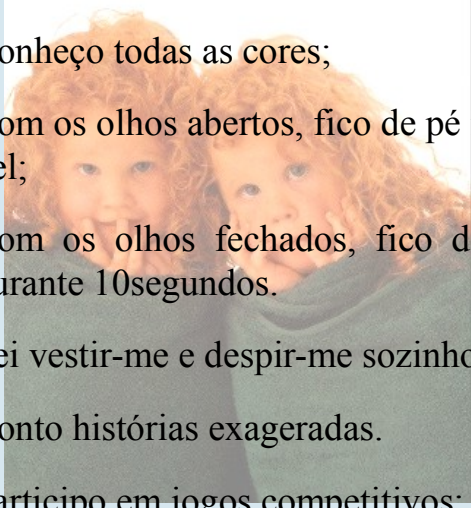


### **3 Anos**

- ❖ Conheço o meu sexo;
- ❖ Salto com um pé;
- ❖ Brinco com as outras crianças;
- ❖ Faço muitas perguntas;
- ❖ Brinco com “amiguinhos imaginários”;
- ❖ Conheço 11 partes do meu corpo

### **4 Anos**

- ❖ Sei dizer o meu nome, idade e o nome dos meus amigos e meus pais;
- ❖ Sei a diferença entre os sexos;
- ❖ Conheço todas as cores;
- ❖ Com os olhos abertos, fico de pé imóvel;
- ❖ Com os olhos fechados, fico de pé durante 10 segundos.
- ❖ Sei vestir-me e despir-me sozinho;
- ❖ Conto histórias exageradas.
- ❖ Participo em jogos competitivos;



**O Desenvolvimento da Criança  
começa no útero e prolonga-se  
nos meses e anos seguintes.**



**O ritmo de desenvolvimento  
difere de criança para criança.**

Elaborado por: **Cristina Oliveira**  
Aluna Estagiária  
MESIP—UCP

Junho de 2010

**Mamã, queres saber  
como é o meu  
Desenvolvimento?**



**Então lê este folheto!!!**



## Nascimento - 1 Mês

- ❖ Estou quase sempre a dormir;
- ❖ Mexo muito os braços e as pernas;
- ❖ Choro quando tenho fome, sono, cólicas, frio ou calor.
- ❖ Quando ouço a tua voz ou a do papá, viro logo a cabeça e olho para vocês.
- ❖ Olho muito para ti enquanto me dás de mamar e cuidas de mim.

## 3 Meses

- ❖ Já durmo menos, e por isso, olho com atenção à minha volta e gosto de ter companhia.
- ❖ Tenho habitualmente as mãos abertas e brinco com elas;
- ❖ Quando alguém coloca um dedo na minha mão, aperto com força;
- ❖ Sorrio muito, quando me fazem gracinhas;
- ❖ Quando estou de barriga para baixo, já levanto a cabeça e os ombros, apoiando-me nos antebraços. E ao colo seguro-a bem.

## 6 Meses

- ❖ Mantenho-me sentado com pequeno apoio;
- ❖ De barriga para baixo já consigo apoiar-me nas mãos e voltar-me;
- ❖ Brinco com os meus pés e coloco-os na boca;
- ❖ Agarro objectos com ambas as mãos e levo tudo à boca;
- ❖ Volto-me para os sons;
- ❖ Palreio;

## 9 Meses

- ❖ Sento-me muito bem e começo a querer gatinhar;
- ❖ Ponho-me de pé com apoio, mas não consigo baixar-me;
- ❖ Passo os brinquedos de uma mão para a outra e atiro-os ao chão;
- ❖ Agarro pequenos objectos entre o polegar e o indicador;
- ❖ Imito alguns sons que ouço;
- ❖ Faço gracinhas.

## 1 Ano

- ❖ Começo a andar sozinho;
- ❖ Procuro objectos escondidos;
- ❖ Sei responder a ordens simples;
- ❖ Conheço o significado de algumas palavras;
- ❖ Digo “mãe” e “pai”, e ainda outra palavra;
- ❖ Dou pelo meu nome;
- ❖ Sei mostrar onde tenho dói-dói.

## 2 Anos

- ❖ Salto com os dois pés;
- ❖ Corro, subo e desço escadas;
- ❖ Peço para fazer xixi ou cocó;
- ❖ Bebo e como sozinho;
- ❖ Construo torre com 5 ou 6 cubos;
- ❖ Aponto 4 partes do corpo e sei como se chamam;
- ❖ Digo pequenas frases;
- ❖ Nas minhas brincadeiras imito cenas domésticas;

# **Anexo 12**

Introdução de Novos Alimentos



## Importante

- \* A ordem de introdução de alimentos não é rígida, deve ser adaptada a cada criança;
- \* A introdução de novos alimentos deve ter intervalos de cerca de uma semana;
- \* Os alimentos sólidos devem ser dados por colher;
- \* Não dar papa por biberão;
- \* Oferecer só uma papa por dia (substituindo apenas uma refeição de leite) ;
- \* Utilizar água fervida até aos 6 meses;
- \* Não oferecer guloseimas;
- \* Não adicionar sal aos alimentos;
- \* Não adicionar açúcar nem mel;
- \* Não adicionar condimentos;
- \* Não oferecer mioleira nem vísceras.
- \* Pode congelar a sopa durante 2 dias à exceção da de agrião e espinafres;
- \* Não introduzir alimentos em dias de vacinação.

**TODOS OS BEBÉS SÃO DIFERENTES  
E COMO TAL...**

**TÊM NECESSIDADES DIFERENTES**

**Os hábitos alimentares que  
transmitir ao seu filho em  
criança estarão presentes na  
alimentação que fará em  
adulto!!!**

Elaborado por:

Cristina Oliveira

Aluna Estagiária MESIP—UCP

# INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS



Lisboa, 2010

## Até aos 4/6 meses

Alimentação láctea exclusiva, de preferência leite materno. A amamentação materna pode ser mantida até aos seis meses, sem se iniciar a diversificação

## Introdução de novos alimentos

### Dos 4 aos 4 meses e meio

Substituir uma refeição de leite por uma papa sem glúten (120 a 150 ml) ou uma sopa de legumes.

### Como fazer a primeira sopa?

- \* Juntar cenoura, batata e água e deixar ferver. Após triturar colocar um fio de azeite e não adicionar sal.

- \* Gradualmente, adicionar abóbora, alho francês, brócolos, feijão verde, alface e couve-flor. Introduzindo apenas 1 ingrediente de cada vez, deixando um intervalo de uma semana (de forma a identificar uma possível alergia ao alimento introduzido).

- \* Uma semana depois de iniciar a diversificação alimentar, pode ser oferecida fruta como sobremesa. Maçã, Pêra ou banana, podendo ser crua, cozida ou assada (ralada ou esmagada).

## > 6 meses

- \* O caldo da sopa pode incluir carne:

- \* Carnes magras: frango, peru e posteriormente vaca, coelho e borrego;

- \* Cozer a carne com os legumes e retirar a carne antes de triturar e não oferecer ao bebé;

- \* Após uma semana triturar a carne e juntar à sopa. Deverá adicionar apenas 20g (uma colher de sopa) de carne picada na sopa.

## > 8 meses

- \* Introduzir peixe magro: pescada, solha, linguado, maruca, dourada, cherne;

- \* Cozer o peixe separado dos legumes, retirar a pele e espinhas juntar aos legumes cozidos e triturar tudo;

- \* Pode-se introduzir o espinafre e o agrião MAS só se for de fonte segura;

- \* Introduzir outros frutos: melão, meloa, manga ou papaia;



## 9/10 meses

- \* Introduzir o ovo, iniciando com um quarto da gema cozida esmagada, posteriormente metade da gema e por fim três quartos (a gema inteira só mais tarde);

- \* No máximo 2 gemas por semana;

- \* Iogurte de sabor excepto de morango;

## 12 meses

- \* Os alimentos devem ser dados cada vez menos triturados e separados por sabores (sopa, segundo prato e fruta), sendo alimentação progressivamente igual à da sua família;

- \* Pode manter o mesmo leite ou introduzir leite inteiro;

- \* Evite o sal;

- \* Introduzir: ovo inteiro, peixe e carne (de porco magra) sem ser na sopa;

- \* Feijão, grão, ervilhas e lentilhas;

## > 15 meses

Introduzir:

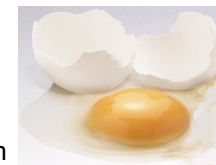
- \* Morangos, amoras, framboesa, kiwis;

- \* Condimentos;

- \* Enchidos;

- \* Mariscos;

- \* Doces.



# **Anexo 13**

Manual de Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida

# **Anexo 14**

Diarreia Infantil

# **Anexo 15**

Vamos Escovar os Dentes



# **Anexo 16**

Roda dos Alimentos

## **Anexo 17**

O Joãozinho vence o chichi na cama

# **Anexo 18**

Estádios de Desenvolvimento Pubertário de Tanner



## ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO DE TANNER



ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: Ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; testículos = 2,5ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão Mamário	Aumento dos testículos; Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados,> quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pênis; testículos>>
4	Pêlos tipo adulto, não atingem a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento do pênis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15 a 25 ml

**Autoavaliação puberal (feminina)**  
Indique de qual estágio você está mais próxima:



**PELOS**



1 - Sem pelo algum



2  3 

4  5 

**MAMAS**

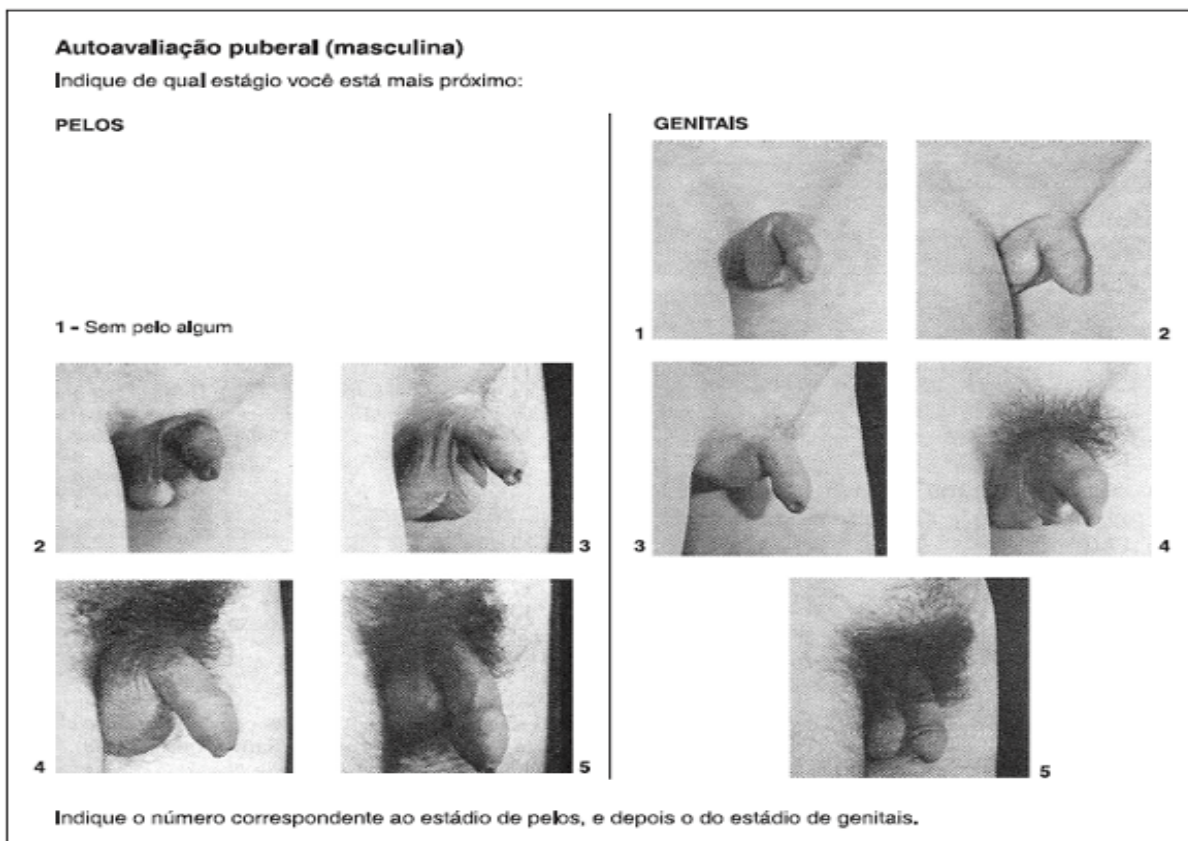
1  2 

3  4 

5  6 

Indique o número correspondente ao estágio de pelos e depois o do estágio de mamas.

**Figura 1** - Prancha utilizada para autoavaliação em meninas<sup>2</sup>



**Figura 2** - Prancha utilizada para autoavaliação em meninos<sup>2</sup>

Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000200009)

# **Anexo 19**

Desenvolvimento Psicossocial, Sexual e Cognitivo

## DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL, SEXUAL E COGNITIVO

Nos quadros que se seguem estão resumidamente apresentados os estádios de desenvolvimento psicossocial, sexual e cognitivo descrito por Erikson, Freud e Piaget, respectivamente.

### DESENVOLVIMENTO COGNITIVO – PIAGET

<i>Estádios</i>	<i>Idades</i>	<i>Principais Características</i>
Sensório-Motor	0 – 18/24 Meses	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dos reflexos inatos à construção da imagem mental, anterior à linguagem;</li><li>- Coordenação de meios e de fins</li><li>- Permanência do objecto (8 – 12 meses)</li><li>- Invenção de novos meios, imagem mental e formação de símbolos (18 – 24 meses)</li></ul>
Pré-Operatório	2 – 7 Anos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inteligência representativa</li><li>- Egocentrismo – centração</li><li>- Pensamento mágico. Animismo, realismo, finalismo, artificialismo</li><li>- Função simbólica: Linguagem; jogo simbólico; desenho (2 – 4 anos)</li><li>- Pensamento intuitivo (4 – 7 anos)</li></ul>
Operações Concretas	7 – 11 / 12 Anos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reversibilidade Mental</li><li>- Pensamento lógico, acção sobre o real</li><li>- Operações mentais: contar, medir, classificar, seriar</li><li>- Conservação da matéria sólida, líquida, peso e volume (invariâncias)</li><li>- Conceitos de tempo, de espaço e de velocidade</li></ul>
Operações Formais	11 /12 – 15 / 16 Anos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pensamento abstracto</li><li>- Operar sobre operações, acção sobre o possível</li><li>- Raciócnios hipotético-dedutivos</li><li>- Definição de conceitos e de valores</li><li>- Egocentrismo cognitivo</li></ul>

## DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL – FREUD

<i>Estádios</i>	<i>Idades</i>	<i>Características</i>
Oral	0 – 12/18 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona erógena: boca e lábios</li> <li>- O prazer está ligado ao chupar e, mais tarde, ao morder</li> <li>- Importância das relações mãe/bebé</li> </ul>
Anal	18 Meses – 2/3 Anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona erógena: região anal</li> <li>- Função de expulsar e reter</li> <li>- Ambivalência de sentimentos</li> </ul>
Fálico	3 Anos – 5/6 Anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona erógena: região genital</li> <li>- Interesse pelas diferenças anatómicas e sexuais, entre os sexos</li> <li>- Complexo de Édipo</li> </ul>
Latência	5/6 Anos - Puberdade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amnésia da sexualidade infantil</li> <li>- Energia da libido canalizada para actividades sociais</li> <li>- Mecanismos de defesa do ego</li> <li>- Processo de identificação sexual</li> </ul>
Genital	A partir da puberdade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novas pulsões</li> <li>- Prevalência de uma sexualidade genital</li> <li>- Reactivação do complexo de Édipo</li> </ul>

## DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL – ERIKSON

<i>Idade</i>	<i>Descrição</i>
0 – 18 Meses	<p><i>Confiança versus desconfiança</i></p> <p>Se se satisfazem as necessidades, a criança consegue um sentimento de confiança básica</p>
18 Meses – 3 Anos	<p><i>Autonomia versus dúvida e vergonha</i></p> <p>A criança esforça-se por adquirir independência e autoconfiança</p>
3 – 6 Anos	<p><i>Iniciativa versus culpa</i></p> <p>Aprende a desenvolver tarefas e lida com o autocontrolo</p>
6 – 12 Anos	<p><i>Indústria versus confusão</i></p> <p>A criança aprende a sentir-se eficaz e inapta</p>
12 – 18 Anos	<p><i>Identidade versus confusão</i></p> <p>O adolescente aperfeiçoa o sentido do eu, experimentando erros, integrando-os depois para formar uma só identidade</p>



## **Anexo 20**

Doenças Sexualmente Transmissíveis

## GONORREIA

Também é conhecida por blenorragia ou por esquentamento. Corresponde a uma infecção dos órgãos genitais e urinários, mas que pode também atingir os olhos. Aparece geralmente um corrimento anormal e, ardor e dor ao urinar.



## CLAMIDÍASE

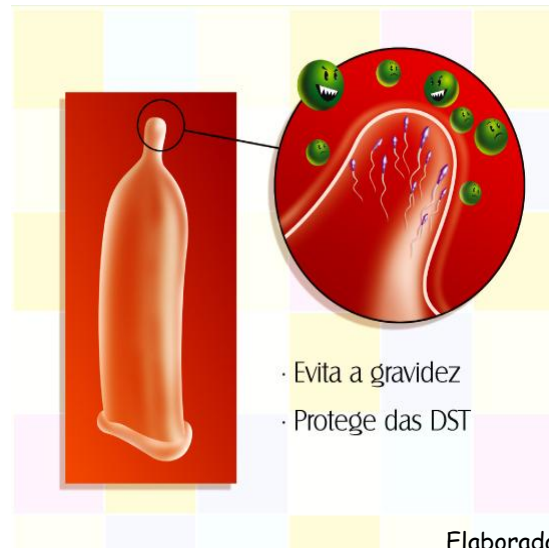
A doença deixa milhões de mulheres estérteis todos os anos.

Surge um corrimento anormal e dor durante as relações sexuais, mas em muitos casos não há sintomas. Esta doença não é contagiosa.



O preservativo é o **ÚNICO** método contraceptivo que permite a prevenção do aparecimento destas doenças!

Não sinta mais vergonha ou medo...**USE-O!**



Elaborado por:  
**Cristina Oliveira**  
Aluna Estagiária  
MESIP - UCP



UNIDADE DE CUIDADOS  
DE SAÚDE  
PERSONALIZADOS  
CORAÇÃO DE JESUS

**DOENÇAS  
SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS**



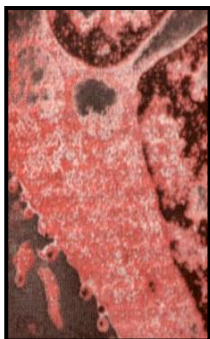
## O QUE SÃO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS?

São doenças em que uma das principais formas de contágio é os fluidos sexuais.

Podem dividir-se em dois grupos: as que se manifestam apenas a nível genital e as que se repercutem noutros órgãos do corpo humano (como a sida e hepatites B e C).

### SIDA

É provocada pelo vírus da imunodeficiência que destrói as defesas do organismo. Sem estas defesas, o indivíduo expõe-se a infecções graves, acabando por morrer.

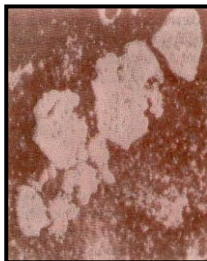


Os sintomas são o emagrecimento, diarreia constante, infecções (como a tuberculose e pneumonias) e febres altas e repentinas.

### HEPATITE B

É transmitida por um vírus que leva a uma inflamação do fígado. É de evolução lenta mas pode levar à morte.

A pele fica amarela e surgem fraquezas.



### HEPATITE C

Trata-se de uma hepatite viral aproximada da B mas evolui mais rapidamente para uma fase crónica.

Existe cansaço excessivo e aparece um tom amarelo na pele, olhos e urina. Na maioria dos casos os infectados desconhecem estar doentes.

### CONDILOMA

É um tumor rosado, semelhante a uma verruga, causado pelo vírus papiloma e, que atinge somente as mulheres. Os condilomas são pontiagudos e muitas vezes agrupados em forma de couve-flor. Podem degenerar em cancro do útero.



As mulheres infectadas ficam com verrugas na região genital que originam corrimentos.

### SÍFILIS

Doença causada pelo vírus treponema que só se manifesta nas mulheres. Inicialmente surge uma pequena lesão sob a forma de úlcera na vulva. Embora a úlcera se cure espontaneamente, a doença pode continuar a espalhar-se noutros órgãos e sistemas.



### CANDIDÍASE

Nas mulheres, a maior parte dos casos não estão devidos à transmissão sexual e, sim, a factores ligados à gravidez, diabetes e uso de medicamentos como a pílula e antibióticos, esta é a mais frequente das infecções genitais. Há um intenso prurido vaginal e corrimentos brancos.



### TRICOMONÍASE



É uma infecção que atinge os órgãos genitais e anais mas também o aparelho urinário. É causada pela bactéria trichomonas vaginalis e provoca um corrimento vaginal esverdeado e bolhoso, com cheiro forte.

### HERPES GENITAIS

Trata-se de uma infecção cutânea aguda provocada por um vírus. Surgem ulcerações dolorosas na vagina ou no pénis, que podem largar um corrimento aquoso. Só existe contágio quando as lesões são visíveis.



# **Anexo VII**

## **Folheto Competências do RN**



# PALADAR

O paladar do seu bebé está bem desenvolvido ao nascimento.

Quando gosta do sabor do leite a sucção é mais vigorosa e tem expressões faciais agradáveis.



# TACTO



O seu bebé é sensível em todas as zonas do corpo.

É capaz de ter sensações como o frio, o calor, a dor, a pressão.

O seu toque é para o bebé uma demonstração de afecto, podendo mesmo acalmá-lo quando lhe faz carinhos ou o pega no colo.

O seu bebé vai sentir-se confortável, sempre que o puder pegar ao colo e estar em contacto directo com a sua pele.

Massaje-o com movimentos suaves, vai acalmá-lo.

*Cristina Oliveira*

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria



Centro Hospitalar  
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.



# COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO

Santa Maria da Feira  
Outubro de 2010

# VISÃO



A capacidade visual do seu filho é baixa ao nascer.

As pupilas são reactivas à luz.

Tem reflexo de pestanejo.

Após alguns dias de nascer, o campo de visão é de cerca de 20 cm, aproximadamente a distância entre a face da mãe e a face do bebé durante a amamentação.

Os contornos do rosto e o brilho dos olhos e da boca vão prender com facilidade a atenção do seu filho.

# AUDIÇÃO

Os órgãos da audição desenvolvem-se por volta da vigésima semana de gestação, por isso mesmo sendo prematuro, o seu bebé tem capacidade para ouvir.

Sons serenos e baixos, como as canções de embalar podem tranquilizar o seu bebé.

Sons muito altos, assustam o bebé, deixando-o em estado de alerta e muitas vezes fazem-no chorar.

Sons demasiado altos e frequentes podem lesar os órgãos da audição.



# OLFACTO



Os recém-nascidos têm o sentido do olfacto desenvolvido.

Com alguns dias de vida conseguem distinguir o cheiro do peito da mãe do de outras mulheres.

Quando o pegar ao colo, muitas vezes o seu bebé vira a cara para o peito devido à capacidade de reconhecer o cheiro do leite materno

# **Anexo VIII**

**Dados Recolhidos – Serviço de Pediatria HPH**

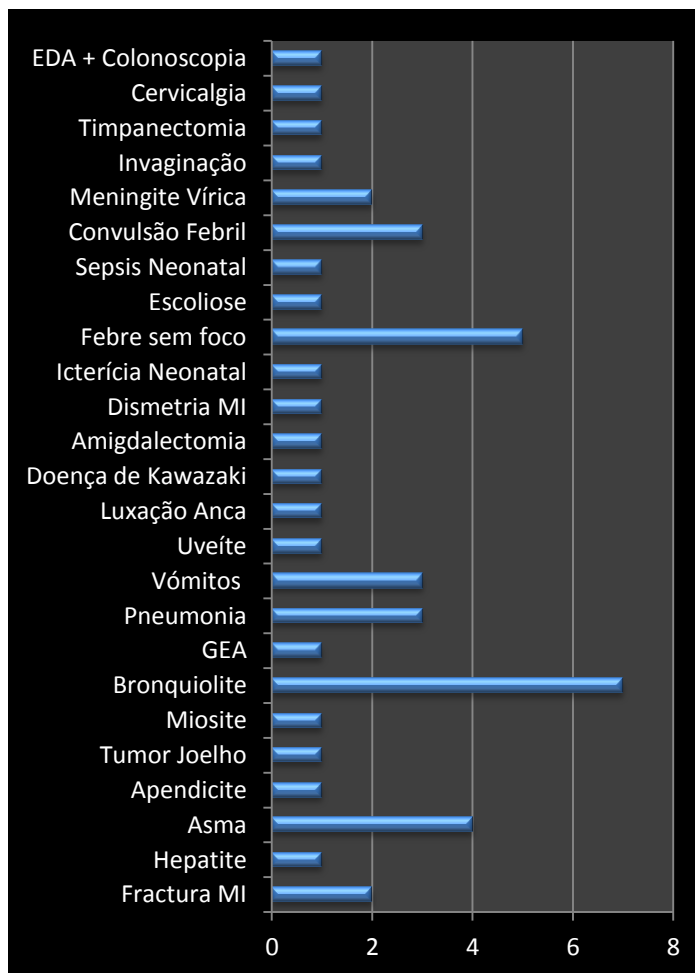
## Serviço de Pediatria

HPH

### *Análise de Dados- Diagnósticos Clínicos*

#### **Diagnósticos Clínicos**

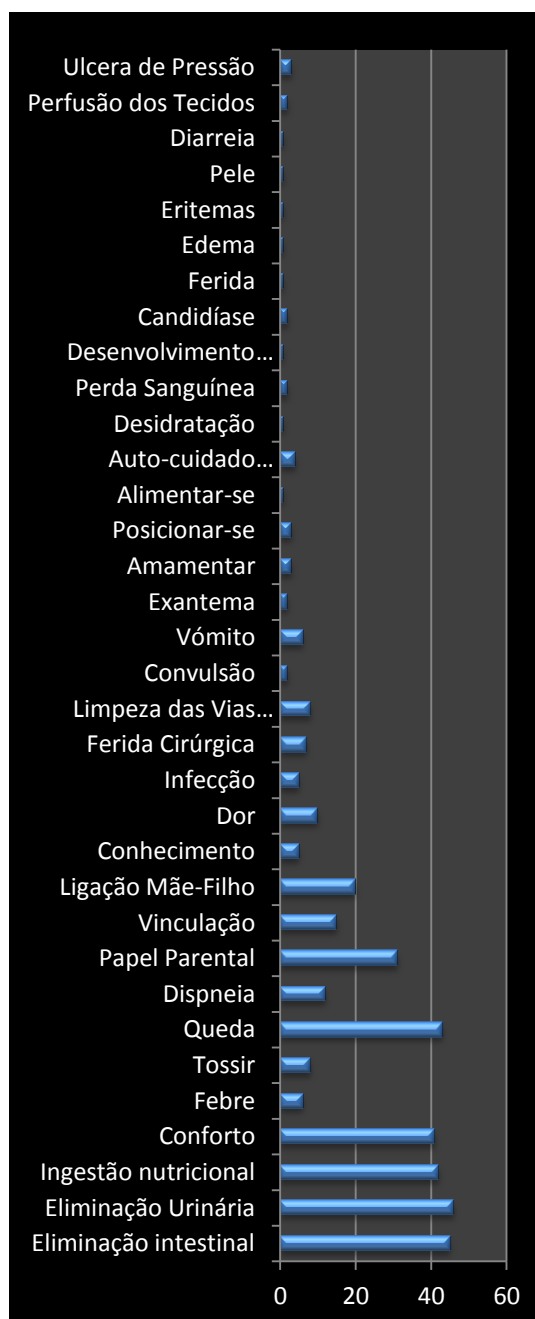
Fratura MI	2
Hepatite	1
Asma	4
Apendicite	1
Tumor Joelho	1
Miosite	1
Bronquiolite	7
GEA	1
Pneumonia	3
Vômitos	3
Uveíte	1
Luxação Anca	1
Doença de Kawazaki	1
Amigdalectomia	1
Dismetria MI	1
Icterícia Neonatal	1
Febre sem foco	5
Escoliose	1
Sepsis Neonatal	1
Convulsão Febril	3
Meningite Vírica	2
Invaginação	1
Timpanectomia	1
Cervicalgia	1
EDA + Colonoscopia	1
<b>Total</b>	<b>46</b>

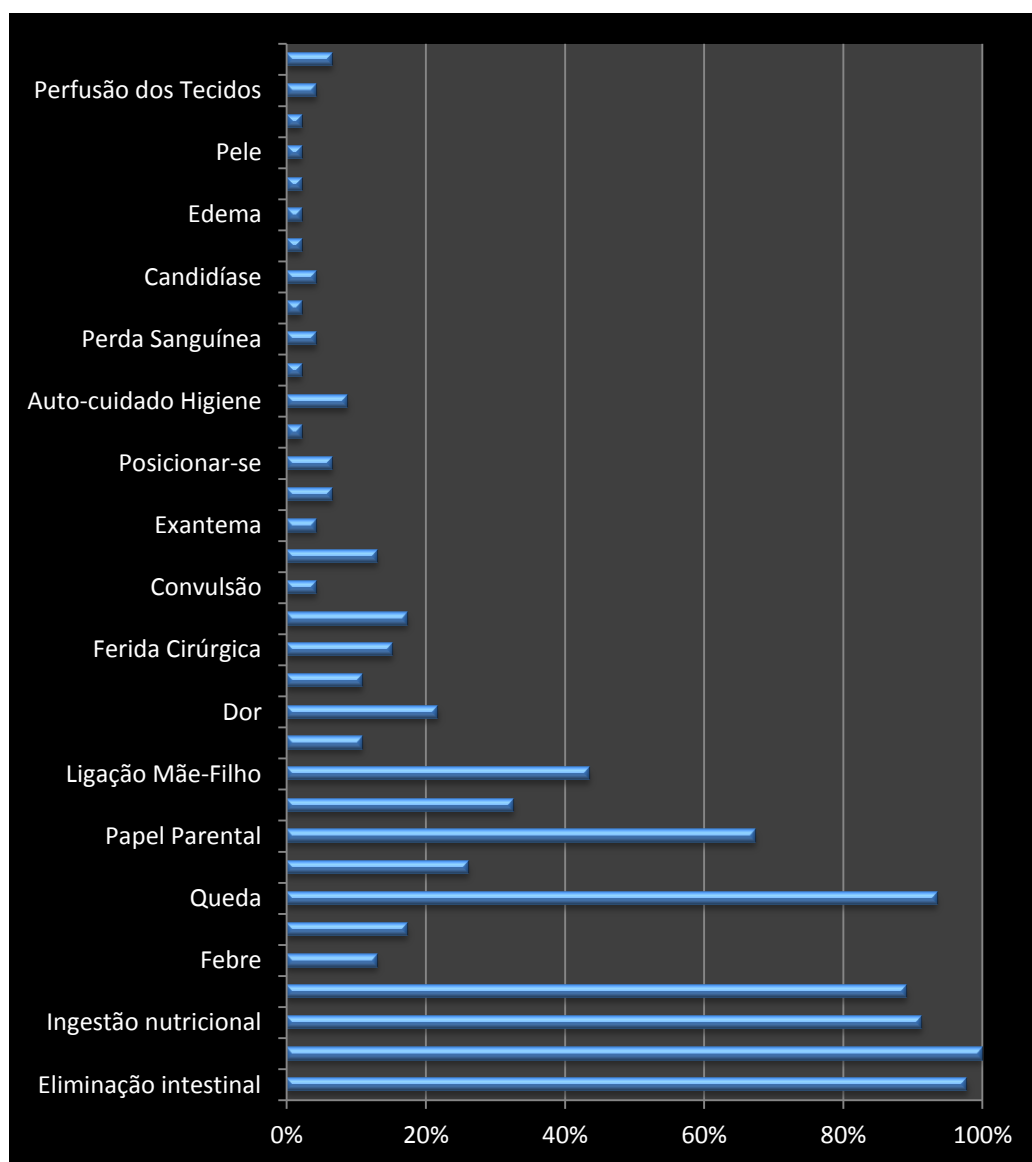




## Focos de Enfermagem Identificados no Plano de cuidados

Eliminação intestinal	45	97,83%
Eliminação Urinária	46	100,00%
Ingestão nutricional	42	91,30%
Conforto	41	89,13%
Febre	6	13,04%
Tossir	8	17,39%
Queda	43	93,48%
Dispneia	12	26,09%
Papel Parental	31	67,39%
Vinculação	15	32,61%
Ligação Mãe-Filho	20	43,48%
Conhecimento	5	10,87%
Dor	10	21,74%
Infecção	5	10,87%
Ferida Cirúrgica	7	15,22%
Limpeza das Vias Aéreas:	8	17,39%
Convulsão	2	4,35%
Vômito	6	13,04%
Exantema	2	4,35%
Amamentar	3	6,52%
Posicionar-se	3	6,52%
Alimentar-se	1	2,17%
Auto-cuidado Higiene	4	8,70%
Desidratação	1	2,17%
Perda Sanguínea	2	4,35%
Desenvolvimento Infantil	1	2,17%
Candidíase	2	4,35%
Ferida	1	2,17%
Edema	1	2,17%
Eritemas	1	2,17%
Pele	1	2,17%
Diarreia	1	2,17%
Perfusão dos Tecidos	2	4,35%
Ulcera de Pressão	3	6,52%





Totais

**46 com plano**

**108 sem plano**

# **Anexo IX**

**Descrição Projecto – ‘Somos Papás... E Agora?’**

## SOMOS PAPÁS... E AGORA?

Ao trabalhar diariamente com as crianças e suas famílias sou frequentemente abordada por pais que têm dúvidas ou que simplesmente pretende partilhar experiências, no entanto nem sempre é possível satisfazer essa necessidade de apoio. Acontece também com frequência notar que os pais têm mais questões e não as colocam por se sentirem retraídos ou pouco á vontade em expor a sua dúvida ao enfermeiro. Como forma de minimizar este facto pensei na criação de meios onde os pais possam colocar as suas dúvidas e serem da forma possível esclarecidos.



Este projecto foi então desenvolvido de forma a permitir aos pais que tenham dúvidas acerca do crescimento e desenvolvimento, alimentação, acidentes ou qualquer outro tema do quotidiano das crianças, possam colocar as suas questões a profissionais qualificados.

Desta forma criei uma caixa e um email onde os pais podem deixar a sua questão. Para facilitar a resposta é pedido aos pais que deixem a morada e contactos para que se possa reunir dados suficientes para devolver a resposta. Tentar-se-á que a resposta seja dada maioritariamente pela internet, caso ocorra que não seja possível responder enquanto a criança e os pais permaneçam no internamento e não haja possibilidade de resposta via email podem ser criadas outras formas de resposta como através de um telefonema, carta ou até mesmo se for reunido um grupo considerável de pais com uma duvida semelhante serem realizadas sessões de educação para a saúde.

Dados do email:

- Endereço de email: [somospapas.eagora@gmail.com](mailto:somospapas.eagora@gmail.com)

Password: somospapaseagora

# SOMOS PAPÁS... E AGORA?

É muito frequente que surjam  
dúvidas acerca do crescimento  
e do quotidiano do seu bebé...

Disponibilizamos aqui um  
espaço onde podem colocar  
as vossas questões, dúvidas  
ou opiniões.

**ESCREVA-NOS A SUA DÚVIDA E COLOQUE-A NA CAIXA.**

Para que a resposta seja devolvida com a maior brevidade, deixe os seus contactos e email, se possível.

Se preferir pode enviar a sua questão para: **somospapas.eagora@gmail.com.**

# **Anexo X**

## **Sessão de Educação para a Saúde – Prevenção de Acidentes**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

# **Sessão de Educação para a Saúde**

## **Prevenção de Acidentes**

**Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
Coração de Jesus**

**Aluna: Cristina Oliveira**

**Lisboa, Abril de 2010**



## Sessão de Educação para a Saúde

### **Prevenção de Acidentes**

#### PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

**Data:** 28/04/10 e 12/05/2010

**Duração:** 60 minutos

**Local:** Sala de Enfermagem de Saúde Infantil

**Instituição:** Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus

**Destinatários:** Pais e acompanhantes das crianças que frequentaram a Consulta de Saúde Infantil dia 28 de Abril de 2010

**Objectivo Geral:**

- Promoção da Saúde da Criança

**Objectivos Específicos:**

- Explicar a importância da prevenção de acidentes desde o nascimento
- Dotar os pais conhecimentos teóricos sobre Prevenção de Acidentes na Infância
- Dotar os Pais competências no âmbito da prevenção de acidentes
- Descrever algumas das formas de prevenção de acidentes

#### Fundamentação e Pertinência

Muita gente ainda pensa que, durante o primeiro ano de vida, os bebés pouco mais fazem do que comer e dormir. Mas não é bem assim porque os dias passam e, subitamente, eles começam a agarrar as coisas, a virar-se, a gatinhar... o perigo espreita quando menos se espera e, mesmo logo após o nascimento, o seu bebé pode cair, queimar-se, ser vítima de um acidente no carro...



Infelizmente, o mundo que, pouco a pouco, a sociedade foi construindo está cada vez mais desadaptado às necessidades e às características do desenvolvimento dos bebés. Mas não são eles que estão errados, muito pelo contrário - o ambiente é que, pela crescente tecnologia e pelas condições de vida actuais, se tornou uma ameaça à vida e à integridade física das crianças, quando deveria ser estimulante, acolhedor e seguro.

À medida que o seu bebé cresce e se desenvolve surgem novos riscos e rapidamente os acidentes passam a ser a maior ameaça à sua saúde e bem-estar. Os traumatismos e ferimentos acidentais são a maior causa de morte e deficiência nas crianças e jovens em Portugal. É por isso que temos que adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida.

Para manter um AMBIENTE SEGURO à volta da criança não é preciso gastar muito dinheiro nem complicar as coisas; se nos habituarmos a respeitar meia-dúzia de REGRAS MUITO SIMPLES, conseguiremos evitar a maioria dos acidentes que acontecem aos bebés - e, com isso, pouparemos muitas vidas, incapacidades, idas ao hospital e, também, muito sofrimento.

Nesta fase da vida é fundamental que a criança esteja sempre sob a vigilância de um adulto e que, mesmo a dormir, possa ser ouvida com facilidade.

(MANUAL apsi)

Durante os primeiros 3 anos de vida, a criança tem um sentido de perigo e de auto-preservação muito reduzido, dependendo a sua segurança totalmente dos adultos. Infelizmente, assistimos a números assustadores de crianças com incapacidades permanentes resultantes de acidentes e estes continuam a constituir a principal causa de morte na criança após o ano de idade.

Estima-se que entre os 1 e 14 anos os acidentes representem cerca de 40% das causas de morte, sendo este valor ainda mais elevado no grupo etário dos 15 aos 24 anos. A prevenção de acidentes deve ser parte integrante da consulta de pediatria, alertando os pais para os possíveis perigos. Esta prevenção deve incidir sobre os vários tipos de acidentes, destacando os mais frequentes: quedas, acidentes de viação, intoxicações, inalação ou ingestão de corpos estranhos, queimaduras, afogamentos e lesões por armas de fogo.

(<http://portal.alert-online.com>)

## Plano da Sessão

	OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	TEMPO	MÉTODOS E TÉCNICAS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação dos objectivos e exploração da sua aplicabilidade</li> <li>- Comunicação das actividades a desenvolver</li> </ul>	2	Método Expositivo – Técnica Explanação		
DESENVOLVIMENTO	Promoção da Saúde da Criança	Explicar a importância da prevenção de acidentes desde o nascimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de pré-adquiridos</li> <li>- Abordagem ao conceito e finalidade da Prevenção de Acidentes</li> </ul>	2	Método Interrogativo – Técnica das Perguntas  Método Expositivo - Técnica de Explanação	Diapositivo 1	Avaliação Diagnóstica Normativa

	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DIDÁCTICAS	TEMPO	MÉTODOS E TÉCNICAS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AValiação
DESENVOLVIMENTO		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotar os pais conhecimentos teóricos sobre Prevenção de Acidentes na Infância</li> <li>- Dotar os Pais competências no âmbito da prevenção de acidentes</li> <li>- Descrever algumas das formas de prevenção de acidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de pré-adquiridos</li> <li>- Explorar os conhecimentos dos pais</li> </ul>		<p>Método Interrogativo – Técnica das Perguntas</p> <p>Método Expositivo e Método Interrogativo – Técnica de Explanação e Técnica das Perguntas</p>	Power Point – Diapositivo 2 a 25	<p>Avaliação Diagnostica Normativa</p>
CONCLUSÃO			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese Geral e Generalização</li> <li>- Avaliação da Aprendizagem</li> <li>- Avaliação da Sessão</li> </ul>	4	<p>Método Expositivo e Método Interrogativo – Técnica de Explanação e Técnica das Perguntas</p>		<p>Avaliação Formativa Normativa</p> <p>Avaliação Formativa Normativa</p>

## Conclusão

28/04/2010

Assistiram á sessão 4 mães de crianças entre os 15 dias de vida e 1 ano.

Em conversa informal no final da sessão houve troca de experiencias entre mães e todos acharam esta iniciativa pertinente e muito importante para o seu dia-a-dia como mãe.

12/05/2010

Assistiram á sessão 2 mães e um casal com filhos entre os 30 dias de vida e 1 ano.

Em conversa informal no final da sessão houve troca de experiencias entre mães e todos acharam esta iniciativa pertinente e muito importante para o seu dia-a-dia como mãe.

Em análise dos dados da avaliação da sessão

N= 3

66,67% dos pais acharam que a sessão teve muito interesse para o seu dia a dia e que os conteúdos foram abordados de forma clara e concisa.

Como sugestão para novas iniciativas, deixaram-nos o pedido para futuras sessões no âmbito da alimentação.

## REFLEXÃO CRÍTICA

O estágio iniciou-se a 26 de Abril de 2010, sendo que na reunião de apresentação com a Professora Elisabete, Enfermeira Chefe Ana Chambel e a Enfermeira Cristina Barata, que seria a minha orientadora do estágio, foi desde logo um pedido expresso a dinamização do dia em que há maioritariamente consultas de saúde infantil.

Pedido que abracei com grande entusiasmo, pois um das áreas que me agrada mais é a educação para a saúde, e visto que não seria possível realizar sessões de educação em meio escolar, achei que seria uma forma de colmatar essa falta com sessões na própria UCSPCJ.

Logo no dia 28 de Abril, foi-me pedido para que nesse mesmo dia à tarde fosse feita esta dinâmica com os pais das crianças que viessem às consultas da tarde.

Pedido que me surpreendeu, pois ainda não tinha tido oportunidade, nem sequer de me orientar no espaço físico da UCSPCJ.

Em conjunto com a Enf.ª Cristina Barata, mostrei a minha surpresa mas abracei o desafio.

Uma das primeiras questões seria, qual o tema da primeira sessão. Havendo dois temas que a Enf.ª Cristina achava mais pertinente, mediante os seus conhecimentos das crianças que estariam essa tarde na consulta, temas esses que seria a introdução de novos alimentos ou a prevenção de acidentes. Foi escolhido o tema da prevenção de acidentes visto que das 8 crianças com consulta marcada nesse dia apenas duas ainda não tinham iniciado a alimentação diferenciada.

E assim foi, uma vez que na parte da manhã não havia actividades relacionadas com a saúde infantil, fiquei a preparar a sessão de educação para a tarde.

Foi uma situação que me deixou surpresa mas acredito que pelo facto de ser formadora não me causou muita ansiedade e me facilitou a preparação da sessão uma vez que já é um tema que abordo com frequência.

No entanto, em termos de organização da sessão em si, não ficou propriamente como eu gostaria que ficasse. Organizei a sessão por tipos de acidentes, e por locais dentro da própria casa onde os perigos estão á espreita.

Para esta sessão estiveram presentes, 4 mães de crianças entre os 15 dias de vida e 1 ano.

A dinâmica da sessão, foi maioritariamente expositiva, havendo sempre momentos de partilha entre pais de diversas situações que foram ocorrendo com os filhos. Foi uma partilha muito saudável, pois cada um deixou a sua experiência pessoal.

Em conversa informal no final da sessão houve troca de experiências entre mães e todos acharam esta iniciativa pertinente e muito importante para o seu dia-a-dia.

Nesta actividade falhou, a falta de avaliação da sessão com dados formais.

Em relação ao espaço físico, também não foi o ideal, mas mediante as condições estruturais da UCSPCJ, foi o melhor que se conseguiu organizar. A sessão decorreu na sala de Enfermagem de Saúde Infantil, onde foram distribuídas os lugares em torno do computador para que todos pudessem ver os diapositivos nas melhores condições.

Sendo que, as mães referiram que conseguiam acompanhar perfeitamente o que estava nos diapositivos, no entanto a sessão foi várias vezes interrompida uma vez que esta é uma sala partilhada com os cuidados continuados.

Em jeito de conclusão, e na minha opinião pessoal, acho que a maioria das mães que participaram acharam muito importante que se repetissem estas sessões e com outros temas, no entanto, tal como já referi, faltou a o registo das sugestões e da opinião de cada uma.

Na semana seguinte surgiu o mesmo pedido, sendo que desta vez já tive oportunidade de criar em casa uma ficha para avaliação da sessão, que incluía apenas dois itens a satisfação e o interesse sendo que a maioria dos pais estavam muito satisfeitos com a sessão e que esta foi dinamizada de forma clara e concisa, e que teve muito interesse para o seu dia-a-dia.

Em jeito de sugestão, apenas um pai deixou como sugestão para uma nova sessão o tema da alimentação.

Como suporte informativo das sessões foi entregue aos pais o Manual de prevenção de acidentes da APSI.


Referencias Bibliográficas




# PREVENÇÃO DE ACIDENTES



«...AS CRIANÇAS BRINCARÃO SEMPRE, INDEPENDENTEMENTE DOS OBSTÁCULOS ESPACIAIS E TEMPORAIS...»  
(Neto1995:134)




# SEGURANÇA EM CASA




## QUARTO

**Berço:**

- ☹ Ser estável
- ☹ As grades devem ter no mínimo 60cm de altura e o intervalo entre elas devem ser inferiores a 6cm
- ☹ Colchão duro e que caiba perfeitamente no berço (não deve caber mais de dois dedos entre o colchão e as grades)
- ☹ Não colocar brinquedos, laços ou fitas no berço
- ☹ Se o berço for antigo e pintado deve-se remover toda a tinta de modo a evitar envenenamento por chumbo



# SEGURANÇA EM CASA





## QUARTO

**Tomadas:**


- ☹ Ter protectores
- ☹ Não ter fios descarnados
- ☹ Não ter extensões espalhadas pelo chão

**Iluminação:**

- ☹ Não colocar candeeiros junto do berço
- ☹ Não utilizar velas

# SEGURANÇA EM CASA




## QUARTO

**Brinquedos:**


- ☹ Devem ser de acordo com a idade do bebé, não devem conter objectos pequenos e soltos;
- ☹ Devem ser do tamanho superior a uma moeda de 2 euros
- ☹ Devem estar guardados num cesto ou baú e não espalhados pelo chão

**Gavetas:**

- ☹ Colocar calces nas gavetas para que estas não caiam em cima do bebé ou lhes entalem os dedos




# SEGURANÇA EM CASA




## WC

- ☹ Medicamentos, produtos de higiene e cosmética fora do alcance do bebé
- ☹ Colocar antideslizantes/tapete no fundo da banheira
- ☹ Preparar o banho do bebé colocando primeiro a água fria e depois a água quente.




Verificar a temperatura da água com o cotovelo

- ☹ Nunca deixar o bebé sozinho na banheira, pois basta meio palmo de água para afogar o bebé
- ☹ Utilize tapetes com antiderrapante no chão do WC ou então remova-os
- ☹ Fechar sempre a tampa da sanita



# SEGURANÇA EM CASA



## COZINHA

- ☹ Utilizar, de preferência, individuais em vez de toalha de mesa
- ☹ Evitar que as pegas dos tachos, panelas e frigideiras fiquem voltadas para fora
- ☹ Evitar cozinhar com o bebé ao colo
- ☹ Se o forno está na parte inferior do fogão colocar uma protecção
- ☹ Objectos/produtos perigosos, como facas e detergentes devem ser guardados fora do alcance do bebé
- ☹ Manter os produtos tóxicos nas embalagens originais em locais fechados
- ☹ Colocar calces nas gavetas

## SEGURANÇA EM CASA

### SALA DE ESTAR

- ☺ Proteger lareira ou aquecedor
- ☺ Retirar móveis ou colocar protecções nas esquinas e zonas cortantes dos móveis
- ☺ Prender bem os cortinados
- ☺ Retirar os objectos de pequenas dimensões ou que sejam constituídas por partes soltas e destacáveis
- ☺ Não deixar o bebé sozinho no sofá



## SEGURANÇA EM CASA

### ESCADAS E JARDIM

- ☺ Colocar grades no topo e no fundo das escadas
- ☺ Assegurar que os tapetes estão bem fixos
- ☺ Retirar/vedar plantas venenosas (ex: azáleas) e pontiagudas
- ☺ Vedar o jardim, de modo a evitar que o bebé saia para a rua
- ☺ Guardar os utensílios cortantes e ferramentas em local seguro



## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

### Outros tipos de Acidentes



## ASPIRAÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS



- Deve ter cuidado com os brinquedos que compra e com os que tem em casa.
- Ter atenção aos objectos pequenos que possam ser colocados na boca (clips, alfinetes, feijão, massas).



## ASPIRAÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS



- Na introdução de novos alimentos evitar dar de consistência dura como por exemplo:
  - Ossos;
  - Espinhas;
  - amêndoas,
  - rebuçados,
  - Frutas com caroço ou sementes,
  - etc.



## ASFIXIA



- Ocorre devido à obstrução das vias respiratórias (boca e nariz), compressões na garganta e no tórax, ou quando criança fica com a cabeça coberta ou presa por algo.
- Na hora de dormir devem ser retirados babetes, e deve evitar que as chupetas sejam penduradas à volta do pescoço.
- Não tapar demasiado a criança
- Posição de deitar: decúbito lateral ou dorsal



## ASFIXIA / AFOGAMENTO

**A MORTE POR AFOGAMENTO É RÁPIDA E SILENCIOSA.**  
NÃO DEIXE QUE A TRÁGEDIA VENHA AO DE CIMA.  
Basta colocar aqui: www.daportugal.pt



- A criança nunca deve ficar sozinha na banheira, ou próximo de locais com água como piscinas, lagos ou simples baldes com água devido ao risco de afogamento.

Basta 2.5 cm de água para um bebé se afogar

## QUEDAS



- São mais comuns depois dos quatro meses, quando a criança já aprendeu a rolar-se, mas podem ocorrer em qualquer idade.
- Nunca colocar ou deixar a criança sozinha numa superfície elevada sem vigilância.

## QUEDAS



- Os andarilhos (mais conhecidos por "aranhas") e baloiços são possibilidades adicionais de quedas, o que requer a máxima vigilância.
- Os andarilhos têm tendência a virar-se ou cair pelas escadas.
- Colocar protecções tipo portas nas extremidades superior e inferior das escadas.

## LESÕES CORPORAIS



- Deve evitar-se utilizar garfos para a alimentação da criança, preferindo a colher.

Os animais podem atacar a criança pelo que devem ser constantemente vigiados.

## INTOXICAÇÕES



- Quando o lactente adquire a capacidade de se deslocar o risco de intoxicação aumenta.
- As substâncias tóxicas como produtos de limpeza devem ser guardadas em prateleiras mais altas ou em armários fechados onde as crianças não tenham acesso.

## INTOXICAÇÕES



- Durante as mudas de fralda deve ter-se o máximo de cuidado com o que se oferece à criança para a distrair, pois os cremes, óleos, pós de talco, toalhetes de limpeza são uma fonte de intoxicação.

## QUEIMADURAS

- As queimaduras mais frequentes são as causadas por água a ferver, exposição solar excessiva, fios eléctricos, fichas eléctricas e aparelhos de aquecimento como radiadores ou lareiras.
- Deve evitar-se que a criança tenha contacto com fontes de calor devendo tomar cuidados para que a criança não chegue até elas.

## SEGURANÇA NO TRANSPORTE

### SEGURANÇA NO TRANSPORTE

#### ☺ CADEIRINHA DE CARRO

TODAS AS VEZES QUE O SEU BEBÊ ANDAR DE CARRO, COLOQUE-NA CADEIRINHA.



O NÚMERO DE CRIANÇAS MORTAS OU FERIDAS EM ACIDENTES DE CARRO, É BEM MAIOR DO QUE EM QUAL QUER OUTRO TIPO DE ACIDENTE.

### SEGURANÇA NO TRANSPORTE

QUANDO SE TRANSPORTA CRIANÇAS NO CARRO, DEVEM UTILIZAR-SE SEMPRE SISTEMAS DE RETENÇÃO ADEQUADOS AO SEU TAMANHO E PESO:

☹ NUNCA DEVEM SER TRANSPORTADAS AO COLO

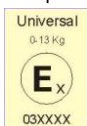
☹ EM CASO DE COLISÃO FRONTAL, A 45 KM/H, CORRESPONDE A UMA QUEDA DE CABEÇA DE UM 4º ANDAR



### SEGURANÇA NO TRANSPORTE

#### COMO RECONHECER UM DISPOSITIVO DE RETENÇÃO ADEQUADO... ???

Quando se compram dispositivos de retenção para transporte rodoviário de crianças, deve-se verificar se possuem a “etiqueta E”, que é obrigatória e indica o peso da criança para a qual é adequado o respectivo dispositivo.



### SEGURANÇA NO TRANSPORTE

#### Dispositivos de retenção adequados...

☺ CADEIRA DE ASSENTO INVERTIDO : viajar de costas para o trânsito é a melhor forma de proteger a cabeça e o pescoço do bebé em caso de embate. Este dispositivo pode colocar-se no banco de trás ou da frente ( se não tiver air-bag)





## SEGURANÇA NO TRANSPORTE

### ALGUNS CONSELHOS ÚTEIS...

- ☺ Antes de comprar, verifique se o equipamento possui a “**etiqueta e**”
- ☺ Preferir sempre o transporte no banco de trás
- ☺ Nunca instalar uma cadeira de assento invertido num lugar com air-bag
- ☺ Não deixar objectos à solta dentro do carro

**Os dispositivos de retenção são muito seguros, mas não fazem milagres. Uma condução segura, evitando velocidades excessivas e manobras perigosas, é também essencial!!**

## OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO





## Instrumento de Avaliação da Sessão

**Sessão:** Prevenção de Acidentes

**Data:** \_\_/\_\_/2010

**Formadora:** Enf<sup>a</sup> Cristina Oliveira

A sua opinião é importante. Ela pode contribuir para melhorar a qualidade da formação a realizar. Solicitamos, assim, que responda às seguintes questões:

### ***Este inquérito é Anónimo***

Assinale com uma **(X)** a resposta que melhor traduz a sua opinião

1 – Já tinha assistido a alguma sessão de educação para a saúde sobre prevenção de acidentes?



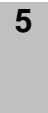


Sim

☐



Não

☐

2 – Considera que a sessão teve interesse para o seu dia-a-dia:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Pouco Interesse</b>						<b>Muito Interesse</b>

3 – A formação foi de encontro às suas expectativas?

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Não</b>						<b>Sim, superou as expectativas</b>

4 – No seu dia-a-dia pensa frequentemente nos acidentes que podem ocorrer?

Sim ☐

Não ☐

5 – Quando tem dúvidas em relação á prevenção de acidentes a quem recorre, ou como consegue esclarecer essa dúvida?

Enfermeiro ☐  
Pediatra ☐  
Nutricionista ☐

Internet ☐  
Manuais ☐  
Revistas ☐

6 – Os conteúdos foram abordados de forma clara, concisa e dinâmica:

**Confuso** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **Muito Claro**

7 – Foi-lhe dada a oportunidade para esclarecer todas as suas questões?

**Não, nenhuma** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **Sim, fiquei totalmente esclarecido(a)**

8 – Considera que os meios audiovisuais e de apoio foram adequados

**Pouco Adequados** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **Muito adequados**

9 – Deixe-nos a sua sugestão para temas que gostaria que fossem abordados no seu Centro de Saúde, ou neste mesmo espaço.

---

---

---

Obrigada pela colaboração

# **Anexo XII**

**Sessão de Educação para a Saúde – Saúde Oral**

# Sessão de Educação para a Saúde

## Higiene Oral

### PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

**Data:** 25 de Janeiro de 2011

**Duração:** 60 minutos

**Local:** Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano – Sala de Brincar

**Destinatários:** Pais e crianças internadas no Serviço de Pediatria do HPH

**Objectivo Geral:**

- Promoção da Saúde da Criança

**Objectivos Específicos:**

- Dotar os pais e as crianças de conhecimentos teóricos sobre a importância de uma boa higiene oral;
- Descrever os benefícios de uma boa higiene oral;
- Dotar os Pais competências para promover uma boa higiene oral da família

### Fundamentação e Pertinência

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a carie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes (Despacho nº 153/2005 – 2ª Série.).

Neste sentido, este tema surgiu para: dar continuidade ao trabalho realizado pela Marta Machado, Aluna Estagiária do meu Curso, que realizou formação para Enfermeiros que eu complementei com formação a pais e crianças; o facto de em duas semanas, tendo em conta, apenas a avaliação do foco da parentalidade, independentemente da patologia ou idade da criança, existirem seis (num total de 12 avaliações) alterações do conhecimento sobre higiene oral.

## Plano da Sessão

	OBJECTIVO GERAL	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	TEMPO	MÉTODOS E TÉCNICAS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AValiação
INTRODUÇÃO			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação dos objectivos e exploração da sua aplicabilidade</li> <li>- Comunicação das actividades a desenvolver</li> </ul>	2	Método Expositivo – Técnica Explanação		
DESENVOLVIMENTO	Promoção da Saúde da Criança	- Explicar aos pais e crianças a constituição da boca	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de pré-adquiridos</li> <li>- Abordagem da constituição da boca</li> </ul>	10	Método Interrogativo – Técnica das Perguntas  Método Expositivo - Técnica de Explanação	Diapositivo 1 a 6	Avaliação Diagnóstica Normativa
		- Descrever as funções dos dentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de pré-adquiridos</li> <li>- Abordagem das etapas por idades na introdução de novos alimentos</li> </ul>	10	Método Interrogativo – Técnica das Perguntas  Método Expositivo - Técnica de Explanação	Diapositivo 7 a 15 Tipos de dentes	Avaliação Diagnóstica Normativa



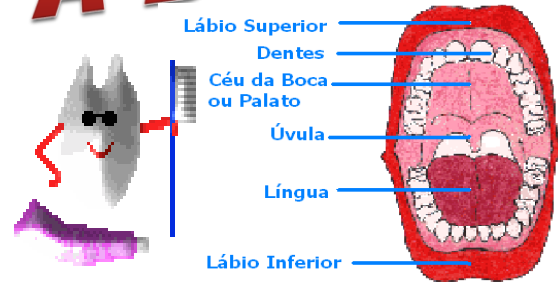
	OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	TEMPO	MÉTODOS E TÉCNICAS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AValiação
DESENVOLVIMENTO		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever o que é prejudicial aos dentes</li> <li>- Dotar os Pais competências para promover uma correcta lavagem da boca</li> <li>- Descrever os benefícios de uma correcta higiene oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de pré-adquiridos</li> <li>- Explorar os conhecimentos dos pais</li> </ul>	10	<p>Método Interrogativo – Técnica das Perguntas</p> <p>Método Expositivo e Método Interrogativo – Técnica de Explanação e Técnica das Perguntas</p>	Power Point – Diapositivo 2 a 39	<p>Avaliação Diagnostica Normativa</p>
CONCLUSÃO			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese Geral e Generalização</li> <li>- Avaliação da Aprendizagem</li> <li>- Avaliação da Sessão</li> </ul>	4	<p>Método Expositivo e Método Interrogativo – Técnica de Explanação e Técnica das Perguntas</p>		<p>Avaliação Formativa Normativa</p> <p>Avaliação Formativa Normativa</p>



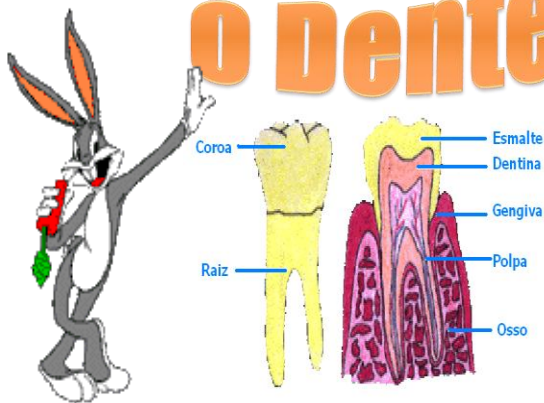
# Saúde Oral



# A BOCA



# O Dente



Os primeiros são os

➡ **DENTES DE LEITE**

Os que nascem depois são os

➡ **DENTES PERMANENTES**

# A DENTIÇÃO DE LEITE OU DECÍDUA



Mais ou menos a partir dos seis meses de idade os dentes começam a nascer. Aos três anos, a criança tem a dentição de leite completa.

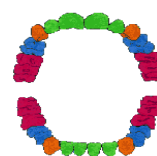


*Ou seja,  
ficam*

*com **20**  
dentes.*



**A DENTIÇÃO  
PERMANENTE**



**A partir dos 5  
anos nasce o  
primeiro dente  
permanente, e  
continuam a  
nascer até aos  
18 anos.**



*A dentição  
permanente é  
composta por*

**32**



**INCISIVOS**



**CANINOS**

**TIPOS DE DENTES**



**PRÉ-MOLARES**



**MOLARES**

**INCISIVOS**

**SERVEM PARA:**



**CORTAR**

*Por isso são bastante afiados  
e estão na frente da boca.*



# CANINOS

SERVEM PARA:

**RASGAR**

*Por isso são muito pontiagudos.*

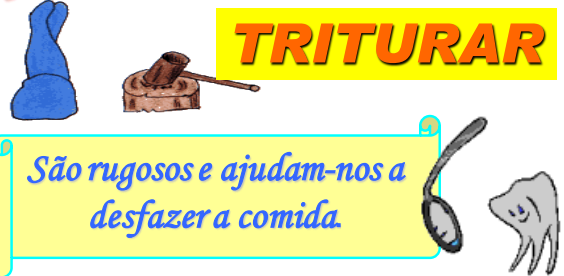


# PRÉ-MOLARES

SERVEM PARA:

**TRITURAR**

*São rugosos e ajudam-nos a desfazer a comida.*



# MOLARES

SERVEM PARA:

**MOER**

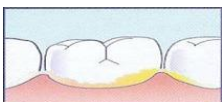
*São grandes, estão no fundo da boca, são quase lisos e desfazem a comida em bocadinhos muito pequenos.*



O que pode fazer mal aos Dentes?

A mistura dos restos dos alimentos acumulados na boca juntamente com a saliva e as bactérias

**PLACA BACTERIANA.**



A **PLACA BACTERIANA** quando não é retirada pode provocar doenças na boca.

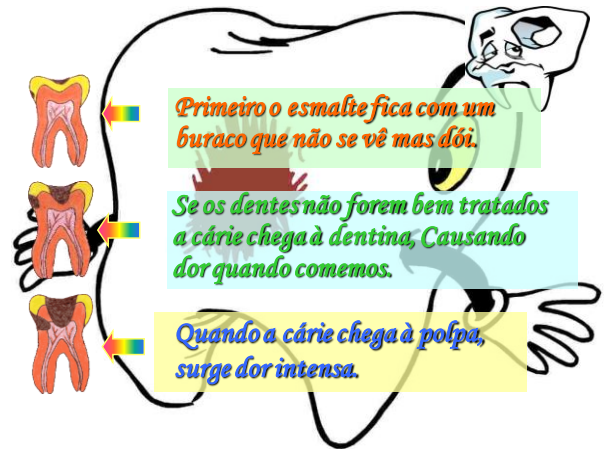


**A GENGIVITE  
A CÁRIE DENTÁRIA**



# CÁRIE DENTÁRIA

Quando comemos coisas doces o açúcar vai juntar-se às bactérias da placa bacteriana, formando-se um ácido que vai atacar os dentes levando à formação de **CÁRIE DENTÁRIA**.



# A GENGIVITE

Quando a placa bacteriana se acumula nas gengivas - **GENGIVITE** - começa a ficar vermelha e "inchada" podendo sangrar.



# A GENGIVITE



# PREVENÇÃO

Para evitar as doenças provocadas pela placa bacteriana devemos fazer um conjunto de coisas.



A isso chama-se: **PREVENÇÃO**.

# ALIMENTAÇÃO Saudável





## O QUE DEVES EVITAR COMER E BEBER



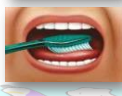
## Como lavar os dentes:



Inclina a escova em direcção à gengiva (a um ângulo de 45°) e faz movimentos vibratórios horizontais, tipo vaivém ou circulares



Escova suavemente as superfícies exteriores, interiores e de mastigação dos dentes, fazendo movimentos curtos tipo vaivém;



Escova a tua língua com suavidade, de modo a remover as bactérias e refrescar o teu hálito.

## Quando lavar os dentes:



OS DENTES DEVEM SER SEMPRE LAVADOS:

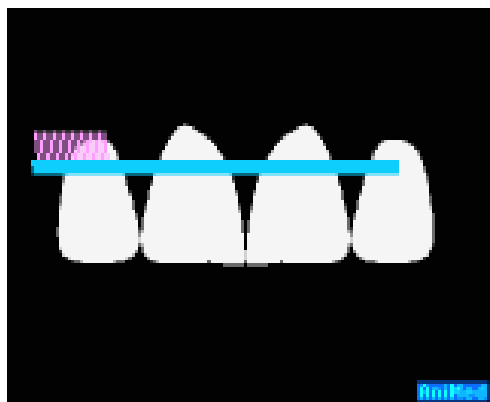
☺ Pelo menos **DUAS** vezes por dia

☹ Sendo uma obrigatoriamente antes de ir dormir.



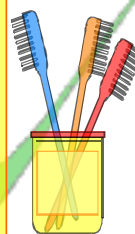
A Escovagem deve durar **2 a 3 minutos**

Cristina Oliveira



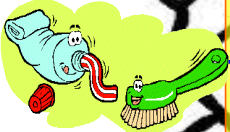
## A ESCOVA DE DENTES é muito importante, e ela deve:

- Ser só da criança;
- ter o tamanho certo para a boca;
- ser macia;
- ser guardada com os pêlos voltados para cima, para poder secar;
- estar sempre limpa;
- deve ser trocada logo que os pêlos estejam tortos ou de 3 em 3 meses.



**A PASTA DE DENTES também é muito importante, e ela deve:**

- Ser adequada à idade da criança;
- Conter flúor na proporção de 1000 a 1500 ppm;
- A quantidade usada deve ser aproximadamente do tamanho do dedo mindinho da criança











segunda-feira, 16 de Abril de 2012

Cristina Oliveira





## A TÉCNICA DE ESCOVAGEM DOS DENTES

-  Duração da escovagem – **2 a 3 minutos**;
-  Com **Escova Manual** e adequada à idade do seu filho, inclinar a escova em direcção à gengiva (cerca de 45º) e fazer movimentos vibratórios horizontais/circulares;
-  Escovar **2 dentes de cada vez**, fazendo aproximadamente **10 movimentos** (ou 5, se o seu filho tiver menos de 6 anos), nas superfícies dentárias abarcadas pela escova;
-  Começar a **escovagem pela superfície do dente mais posterior** de um dos maxilares e continuar a escovar **até atingir o último dente da extremidade oposta** desse maxilar;
-  Com a mesma sequência, **escovar as superfícies dentárias do lado da língua**;
-  Proceder do mesmo modo para a escovagem dos dentes do outro maxilar;
-  Escovar as **superfícies mastigatórias** dos dentes, com movimentos de vaivém;
-  Escovar a **língua**.

## A SAÚDE ORAL DO SEU FILHO



# RECOMENDAÇÃO PARA A HIGIENE ORAL DO SEU FILHO

	FREQUÊNCIA DA ESCOVAGEM DOS DENTES	MATERIAL UTILIZADO NA ESCOVAGEM DOS DENTES	EXECUÇÃO DA ESCOVAGEM DOS DENTES	DENTÍFRICO FLUORETADO	SUPLEMENTO SISTÊMICO DE FLUORETOS
0-3 ANOS	<b>2 x dia</b> A partir da erupção do 1º dente  Uma obrigatoriamente <u>antes de deitar</u>	Gaze <b>Dedeira</b> Escova macia de tamanho pequeno	<b>Pais</b>	<b>1000-1500ppm</b>  Quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	<b>Não recomendado</b>
3-6 ANOS	<b>2 x dia</b> Uma obrigatoriamente <u>antes de deitar</u>	<b>Escova macia</b> de tamanho adequado à boca da criança	<b>Pais e / ou criança</b>  A partir do momento que a criança adquire destreza manual, faz a escovagem sob supervisão	<b>1000-1500ppm</b>  Quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	<b>Não recomendado</b>
MAIS DE 6 ANOS	<b>2 x dia</b> Uma obrigatoriamente <u>antes de deitar</u>	<b>Escova macia ou média</b> de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem Iniciar uso do Fio Dental – 1 x dia, ao deitar	<b>Pais e / ou criança</b>  Se a criança não tiver adquirido destreza manual, a escovagem tem que ter a intervenção activa dos pais	<b>1000-1500ppm</b>  Quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	<b>Não recomendado</b>  (excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25mg)

# **Anexo XIII**

## **Poster Amamentação**

# ALEITAMENTO MATERNO

É **A**dequado às necessidades do seu bebé

Faci **L**ita a adaptação a novos alimentos

As crianças amamentadas possu **E**m melhores competências intelectuais

Está sempre à Temperatura **I**deal

Propriedades an **T**i-infecciosas e anti-alérgicas

Transmite **A**mor e segurança ao seu bebé

É o melhor ali **M**ento até aos 6 meses de idade

Tem 80% da quantidade **E** de água que o bebé necessita

Contém todos os **N**utrientes necessários

Menos infecções respira **T**órias, obesidade, etc.

**H**orário flexível

Atrasa o retorno da **M**enstruação

**A**dia uma nova gravidez

Poupa **T**empo e ajuda a retomar peso

**E**conómico

Quanto mais amamenta **R**, maior será a produção de leite

Menor probabilidade de ca **N**cro da mama e ovários

A prolactina reduz **O** risco de depressão pós-parto

# **Anexo XIV**

**Formação em Serviço – Febre**

# INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

O presente instrumento tem como objectivo, a recolha de necessidades de formação numa determinada área específica, tratando-se neste caso da temática Febre.

1. Idade \_\_\_\_anos

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Experiência Profissional: \_\_\_\_\_Anos

4. Alguma vez frequentou formação acerca da temática Febre? Sim ☐ Não ☐

4.1. Se sim, indique há quanto tempo. \_\_\_\_\_

5. Acha pertinente, e útil para a sua actividade profissional, que seja feita formação nesta temática? Sim ☐ Não ☐

As perguntas que se seguem, servem apenas para identificar necessidades de aprofundamento da temática e não para avaliação de conhecimentos.

Assinale com um X, a ou as respostas que considerar correctas.

6. Como identifica que uma criança está com febre?

- ☐ Choro inconsolável
- ☐ Desconforto
- ☐ Prostrado
- ☐ Alteração do comportamento
- ☐ Outro

**7. Como avalia a temperatura corporal, numa criança?**

- ☐ Mão
- ☐ Termómetro digital
- ☐ Termómetro timpânico
- ☐ Termómetro mercúrio

**8. Onde, ou em que local aconselha que os pais avaliem a temperatura corporal de uma criança?**

- ☐ Axila
- ☐ Boca
- ☐ Tímpano
- ☐ Ampola Rectal

**9. A partir de que temperatura considera que uma criança tem febre?**

- ☐ 36,5°C
- ☐ 37°C
- ☐ 37,5°C
- ☐ 38°C
- ☐ 38,5°C
- ☐ 39°C

**10. A partir de que temperatura aconselha os pais a administrar medicação antipirética?**

- ☐ Temperatura superior a 37°C
- ☐ Temperatura superior a 37,5°C
- ☐ Temperatura superior a 38°C
- ☐ Quando a criança demonstra desconforto, devido a alteração da temperatura corporal

**11. Qual a dosagem de paracetamol que aconselha a ser administrada?**

- ☐ 15mg/kg/dose
- ☐ 10mg/kg/dose
- ☐ 20mg/kg/dose
- ☐ 25mg/kg/dose

**12. E de Ibuprofeno?**

- ☐ 15mg/kg/dose
- ☐ 10mg/kg/dose
- ☐ 20mg/kg/dose
- ☐ 25mg/kg/dose

**13. Com que frequência aconselha a ser administrado paracetamol?**

- ☐ 4h/4h
- ☐ 6h/6h
- ☐ 8h/8h
- ☐ Intercalado com Ibuprofeno

**14. E o ibuprofeno?**

- ☐ 4h/4h
- ☐ 6h/6h
- ☐ 8h/8h
- ☐ Intercalado com paracetamol



**15. Além da administração de medicação que outras medidas aconselha os pais a tomarem, perante uma criança com febre?**

- ☐ Retirar roupa
- ☐ Arrefecer o ambiente
- ☐ Dar banho de água fria
- ☐ Aplicar toalhas húmidas na testa, axilas ou virilhas
- ☐ Oferecer muitos líquidos
- ☐ Outras.

Quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Aconselha os pais a recorrer ao médico em que situações?**

- ☐ Imediatamente
- ☐ Imediatamente se apresentar outro sintoma
- ☐ Imediatamente se a criança tiver menos de 2 meses
- ☐ Após 24 horas
- ☐ Após 48 horas
- ☐ Após 72 horas
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

**17. Deixe a sua sugestão para outros temas a ser abordados, ou para algum ponto onde gostaria que esta formação fosse mais aprofundada.**

---

---

---

---

---

Grata pela disponibilidade

**Cristina Oliveira**

AE MESIP



## FEBRE

- **PONTO PADRÃO:** temperatura em torno da qual a temperatura corporal é regulada por um mecanismo no hipotálamo semelhante ao termostato.
- **FEBRE:** Elevação no ponto padrão de tal forma que a temperatura corporal é regulada para um nível mais elevado; pode ser arbitrariamente definida como uma temperatura superior a 38°C.
- **HIPERTERMIA:** Situação na qual a temperatura corporal excede o ponto padrão, o que resulta usualmente do corpo ou das condições externas criarem mais calor do que o corpo pode eliminar, como na insolação, intoxicação pela aspirina, em convulsões ou hipertiroidismo.

(Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 2006)

## FEBRE

"Termorregulação com as características específicas: elevação anormal da temperatura corporal com alteração do centro termoregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da actividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressaltos, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou queda da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor."

(CIPE/ICNP Versão 1)

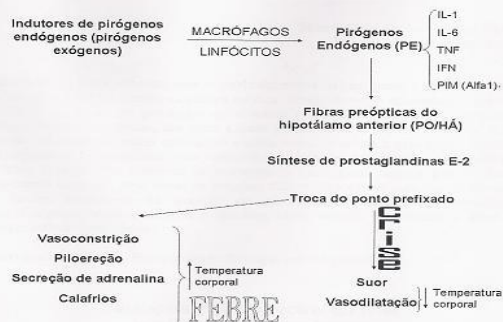
## Hipertermia

"Termorregulação com as características específicas: Diminuição da capacidade de regular o termostato interno, acompanhada pelo aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor, ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas."

(CIPE/ICNP Versão 1)

## FEBRE

Mecanismo fisiopatológico da febre (adaptado de CABALLERO, HERRERA, 1999).



## FEBRE

### Considerações em Pediatria

- As crianças menores de 18 anos com febre, não devem ser tratados com AAS devido a poderem desencadear a Síndrome de Reye ( DGCSP, 1990)

- As crianças sem antecedentes patológicos não sofrerão danos com a febre, só 4 em cada 100 crianças com febre estão susceptíveis a convulsão.

- Criança com idade inferior a 2 meses se febre requerem vigilância médica rápida (Wong, 2006).

## FEBRE

A investigação que compara as medições da temperatura por via rectal, axilar, e inguinal em RN, sugerem que as temperaturas inguinais podem reflectir melhor as temperaturas rectais que as axilares (Bliss – Holtz, 1989).

- Nas crianças com idade inferior a 3 meses de idade, qualquer temperatura acima dos 38°C é considerada significativa, pois estas estão mais susceptíveis a sépsis, meningites, pneumonias. ( DGCSP, 1990)

- Na faixa etária entre os 3 e os 24 meses de idade, com temperaturas superiores a 39°C, têm de ser vistas pelo médico, ( DGCSP, 1990).

## FEBRE

**Avaliação da temperatura corporal** (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2007)

Dos 0 aos 28 dias → Temperatura axilar (termómetro digital)

- De 1 mês aos 5 anos → Temperatura axilar (termómetro digital ou outro)

Notas:

- Temperatura temporal não é fidedigna.

- Temperatura rectal e oral não deve ser usadas de forma rotineira

- Temperatura timpânica não é fidedigna em crianças com menos de 3 meses

## FEBRE

### Sinais de Alarme na criança com febre

- A criança com idade inferior a 2 meses
- A febre está > 40°C
- A criança está a chorar de forma inconsolável
- A criança está com dificuldade em acordar
- A criança apresenta confusão ou delírio
- História com antecedentes de convulsão
- A criança apresenta rigidez de nuca
- A criança apresenta sufusões na pele
- Dificuldade respiratória moderada/grave após permeabilização das vias aéreas



(Wong, 2006)

## FEBRE

### Foco: Febre

#### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Oferecer líquidos
- Não sobre aquecer a criança
- Manter uma temperatura ambiente adequada
- Administrar antipiréticos



## FEBRE

#### -Arrefecimento natural

- Remover excesso de roupa de forma a facilitar perda de calor
- Não deve ser usado se a criança manifestar stress ou ansiedade

#### -Arrefecimento físico

- Utilização de toalhas/compressas humedecidas em água tépida
- Não deve ser usado se a criança manifestar stress ou ansiedade

#### -Monitorização da temperatura

- Em intervalos regulares de forma a permitir identificar a sua evolução (2/2 horas).
- Em caso de administração de antipiréticos a avaliação deve ter em conta o mecanismo de actuação do mesmo.



## FEBRE

### Mecanismos de actuação de Antipiréticos

#### PARACETAMOL:

- Acção a nível do Hipotálamo
- Vasodilatação e aumento fluxo sanguíneo
- Semi-vida de 1 a 4 horas
- Concentração máxima entre 30 a 120min após administração oral
- Duração de acção de 3 a 4 horas



## FEBRE

### Mecanismos de actuação de Antipiréticos

#### **IBUPROFENO:**



- Redução da síntese de prostaglandinas devido à inibição da enzima ciclooxigenase
- Pico de concentração plasmática ocorre após 2 horas.
- As principais indicações terapêuticas do ibuprofeno são como analgésico, anti-inflamatório e antipirético, além de ser uma substância reconhecidamente segura no tratamento pediátrico da febre e da dor.

## FEBRE

### Algumas considerações:

- Terapêutica antipirética deve ser usada primordialmente em situações que a criança aparenta desconforto ou mal-estar, como medida de conforto.
- De acordo com alguns estudos, a terapêutica antipirética não previne convulsões febris, pelo que não deve ser usada com esse objectivo

## FEBRE

### Dosagens de Antipiréticos

- **PARACETAMOL** (15mg/Kg/dose) de 6/6 H ou 8/8H

Paracetamol rectal	
- 3 a 10kg	- 125mg
- 10 a 20kg	- 250mg
- 20 a 50kg	- 500mg
- > 50kg	- 1000mg

- **IBUPROFENO** (10mg/Kg/dose) de 6/6h ou 8/8h

### Identificação da criança com Febre:

- Choro Inconsolável 77,5%
- Desconforto 12,5%
- Prostrado 75%
- Alteração do Comportamento 62,5%
- Cúbito – Aumento da Temperatura Corporal 12,5%

### Como Avaliar:

- Com a Mão
- **Termómetro Digital** 87,5%
- Termómetro Timpânico 12,5%
- Termómetro de Mercúrio

### Onde Avaliar:

- **Axila** 37,5%
- Boca
- Tímpano 37,5%
- Ampola Rectal 62,5%

### Quando considerar febre:

- 36°C
- 37°C 12,5%
- 37,5°C 50%
- **38°C** 50%
- 38,5°C
- 39°C

### Quando administrar medicação:

- $T^a_{ax} > 37^\circ\text{C}$
- $T^a_{ax} > 37,5^\circ\text{C}$  50%
- $T^a_{ax} > 38^\circ\text{C}$  62,5%
- Quando a criança apresenta desconforto 12,5%

**Quando a criança apresenta desconforto**

### Qual a dosagem de paracetamol?

- 15 mg/Kg/dose 37,5%
- **15 mg/Kg/dose**
- 10 mg/Kg/dose 37,5%
- 20 mg/Kg/dose 12,5%
- 25 mg/kg/dose 12,5%


### Qual a dosagem de ibuprofeno?

- 15 mg/Kg/dose 25%
- 10 mg/Kg/dose 75%
- **10 mg/Kg/dose**
- 20 mg/Kg/dose
- 25 mg/kg/dose

### Frequência de administração:

- 4h / 4h
- 6h / 6h 12,5%
- 8h / 8h **6h / 6h** 37,5%
- **8h / 8h**
- Intercalados 62,5%

### Outros Cuidados:

- Retirar roupa
- Arrefecer o ambiente
- Dar banho  e água fria
- Aplicar toalhas humedecidas na testa, axilas ou virilhas
- Oferecer líquidos

## Quando recorrer ao médico:

- Imediatamente
- Imediatamente se apresentar outro sintoma
- Imediatamente se a criança tiver menos de 2 meses
- Após 24h
- Após 48h
- Após 72h

## Bibliografia

- ◊ DOCHTERMAN, Joane McCloskey et al. ; *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*, 4ª edição.
- ◊ PHIPPS, Wilma J. et al.; *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e prática clínica*, 1995, Lusodidacta
- ◊ SEELEY, Rod R. et al; *Anatomia & Fisiologia*, 1997, Lusodidacta
- ◊ BERKOW, Robert , et al.; *Manual Merck de Saúde para a Família*, 1997, Editorial Oceano
- ◊ WONG, Donna L. et al; *Enfermagem Pediátrica - Elementos essenciais à intervenção efetiva*, 5ª Edição, 1999, Editora Guanabara Koogan S.A.
- ◊ HOCKENBERRY, M. et al; *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*, 7ª Edição, 2006, Elsevier

◊ NICE, *Feverish illness in children assessment and initial management in children younger than 5*. Funded to produce guidelines for the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guidelines Maio 2009 ([www.nice.org.uk/CG047](http://www.nice.org.uk/CG047))

◊ MADSEN, Kristine A., et al; *Among 3- to 36-Month-Old Children: A Decision Analysis The Role of Parental Preferences in the Management of Fever Without Source*; *Pediatrics* 2006;117;1067-1076

◊ ISAACMAN, Daniel J., et al; *Comparative Practice Patterns of Emergency Medicine Physicians and Pediatric Emergency Medicine Physicians Managing Fever in Young Children*; *Pediatrics* 2001;108;354-358

◊ ZAPATA, Marco Tulio et al.; *Aspectos fisiopatológicos da febre nas doenças infecto-parasitárias*, *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 4, n. 1 / 2, p. 111-117, 2006; ISSN: 1678-5398

◊ FINKELSTEIN, Jonathan A., et al.; *Fever in Pediatric Primary Care: Occurrence, Management, and Outcomes*; *Pediatrics* 2000;105;260-266

◊ BOLUYT, Nicole et al.; *Quality of Evidence-Based Pediatric Guidelines*; *Pediatrics* 2005;115;1378-1391

◊ Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures, *Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures*, *Pediatrics* 2008;121;1281-1286

Referências Online:

→ [www.pediatrasiapaulo.usp.br/unload](http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/unload)

**Obrigado  
Pela atenção**



## Instrumento de Avaliação da Sessão

**Sessão:** Febre

**Data:** 17/06/2010

**Formadora:** Enf<sup>a</sup> Cristina Oliveira

Assinale com uma **(X)** a resposta que melhor traduz a sua opinião

1 – Considera que a sessão teve interesse para o seu desempenho profissional:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Nenhum Interesse</b>						<b>Muito Interesse</b>

2 – A formação foi de encontro às suas expectativas?

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Não</b>						<b>Sim, superou as expectativas</b>

3 – Os conteúdos foram abordados de forma clara, concisa e dinâmica:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Confuso</b>						<b>Muito Claro</b>

4 – Foi-lhe dada a oportunidade para esclarecer todas as suas questões?

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>Não, nenhuma</b>						<b>Sim, fiquei totalmente esclarecido(a)</b>

5 – Considera que os meios audiovisuais e de apoio foram adequados

	1	2	3	4	5	
<b>Pouco Adequados</b>						<b>Muito adequados</b>

6 – Deixe a sua sugestão para melhoria, ou futuras formações em serviço que gostaria de assistir.

---

---

---

Obrigada pela colaboração

Cristina Oliveira  
AE MESIP



# **Anexo XV**

## **Tabuleiro de Mesa – Desenvolvimento Infantil**



# AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

## Teste de Mary Sheridan

	POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MOTRICIDADE FINA	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
4 A 6 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Em DV levanta a cabeça</li><li>- Em DD postura assimétrica, MS do lado da face em extensão</li><li>-Tracção pelas mãos, cabeça cai</li><li>-Sentado apresenta cifose dorso-lombar e mãos fechadas</li><li>-Suspensão ventral cabeça erecta, membros semi-flectidos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Segue uma bola pendente a 20/25cm;</li><li>-Reacção pupilar á luz;</li><li>-‘olhos de boneca’, desaparece aos 15 dias)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pára e pode voltar os olhos e a cabeça ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm, a nível do ouvido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Fixa a face da mãe quando o alimenta;</li><li>-Sorriso presente às 6 semanas;</li><li>-Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer</li></ul>
3 MESES	<ul style="list-style-type: none"><li>-DV apoio antebraços, coxas em extensão</li><li>-DD postura simétrica. Membros com movimentos alternados</li><li>-Tracção pelas mãos cabeça na linha média. Coluna dorsal direita</li><li>-De pé flecte os joelhos, não faz apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas</li><li>-Segura brevemente a roca e leva-a em direcção à face</li><li>-Segue uma bola pendente meio circulo na vertical e na horizontal</li><li>-Convergência, pestanejo de defesa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atende e volta-se para a fonte sonora</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Sorri</li><li>-Boa resposta social à aproximação de uma face familiar</li></ul>
6 MESES	<ul style="list-style-type: none"><li>-DV apoia-se nas mãos</li><li>-DD levanta a cabeça, MI na vertical, dedos flectidos</li><li>-Mantém-se sentado sem apoio</li><li>-De pé faz apoio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Tem preensão palmar</li><li>-Leva objectos à boca</li><li>-Transfere objectos</li><li>-Esquece o objecto que cai</li><li>-Boa convergência (estrabismo é patológico)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Segue sons a 45 cm, a nível do ouvido</li><li>-Vocaliza sons monossilábicos e dissilábicos</li><li>-Dá gargalhadas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Muito activo, atento e curioso</li></ul>
9 MESES	<ul style="list-style-type: none"><li>-Senta-se só e mantém-se 10 a 15 minutos</li><li>-Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Tem preensão e manipulação</li><li>-Leva tudo á boca</li><li>-Aponta com o indicador</li><li>-Tem pinça</li><li>-Atira deliberadamente os objectos ao chão e procura-o</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Atenção rápida para os sons, perto e longe;</li><li>- Localização dos sons suaves a 90 cm acima ou abaixo dos ouvidos</li><li>- Repete vários sons do adulto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Leva uma bolacha à boca</li><li>-Mastiga</li><li>-Distingue os familiares dos estranhos</li></ul>
12 MESES	<ul style="list-style-type: none"><li>-Passa de DD a sentado</li><li>-Tem equilíbrio sentado</li><li>-Gatinha</li><li>-Põe-se de pé e baixa com apoio de duas mãos ou uma mão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão</li><li>-Procura o objecto escondido</li><li>-Interesse visual para longe e para perto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Resposta rápida aos sons suaves, habituando-se depressa</li><li>-Dá pelo nome, voltando-se</li><li>-Jargon</li><li>-Compreende ordens simples ‘dá cá’ e ‘Adeus’</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Bebe pelo copo com ajuda</li><li>-Segura a colher mas não a usa</li><li>-Colabora no vestir levantando os braços</li><li>-Muito dependente do adulto</li><li>-Demonstra afecto</li></ul>
18 MESES	<ul style="list-style-type: none"><li>-Anda bem</li><li>-Apanha brinquedos do chão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Constrói torre de 3 cubos</li><li>-Faz rabiscos mostrando preferência por uma das mãos</li><li>-Olha um livro com bonecos e volta várias páginas de cada vez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais</li><li>-Aponta em si e na boneca partes do corpo (olhos, nariz, boca)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Bebe por um copo sem entornar levantando-o com as duas mãos</li><li>-Pega na colher. Leva o alimento à boca</li><li>-Não gosta que lhe peguem</li><li>-Exige muita atenção</li><li>-Começa a indicar necessidade de ir à casa de banho</li><li>-Copia actividades domésticas</li></ul>
2 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Corre</li><li>-Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Constrói torre de 6 cubos</li><li>-Imita rabisco circular</li><li>-Gosta de ver livros</li><li>-Vira uma página de cada vez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Diz o primeiro nome</li><li>-Fala sozinho enquanto brinca</li><li>-Constrói frases curtas, juntando duas ou mais palavras</li><li>-Linguagem pouco compreensível pelos adultos</li><li>-Nomeia objectos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Põe o chapéu e calça os sapatos</li><li>-Usa bem a colher</li><li>-Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar</li></ul>
3 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Equilíbrio momentâneo num só pé</li><li>-Sobe as escadas com um pé em cada degrau</li><li>-Desce escadas com dois pés no mesmo degrau</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Constrói torre de 9 cubos</li><li>-Imita e copia a ponte de 3 cubos</li><li>-Copia o círculo e imita a cruz</li><li>-Emparelha duas cores. Confunde o azul e verde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Diz o nome completo e o sexo</li><li>-Vocabulário extenso, pouco compreensível para estranhos</li><li>-Defeitos de articulação por imaturidade na linguagem</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Pode despir-se sozinho se lhe desabotoarem o vestuário</li><li>-Via sozinho à casa de banho</li><li>-Como com colher e garfo</li></ul>
4 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Fica 3 a 5 segundos num pé só, sem apoio</li><li>-Salta num pé</li><li>-Sobe e desce escadas com um pé em cada degrau</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Constrói escada de 6 cubos</li><li>-Copia a cruz</li><li>-Emparelha e nomeia 4 cores básicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-- Sabe o nome completo, idade, sexo e morada</li><li>-- Linguagem compreensível, apenas algumas substituições infantis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Pode vestir-se sozinha, exceptuando apertar atrás e dar laços</li><li>-Gosta de brincar com crianças da sua idade</li><li>-Sabe esperar pela sua vez</li></ul>
5 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>-Fica 3 a 5 segundos num pé só, com os braços cruzados sobre o tórax</li><li>-Salta alternando o pé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Constrói 4 degraus com 10 cubos</li><li>-Copia o quadrado e o triângulo</li><li>-Conta 5 dedos de uma mão</li><li>-Nomeia 4 cores</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Sabe o nome completo, idade, sexo, morada e data de nascimento</li><li>-Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta. Pode haver confusão em alguns sons</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-veste-se sozinho</li><li>-Lava as mãos e a cara e limpa-as sozinha</li><li>-Escolhe amigos</li><li>-Compreende as regras de um jogo</li></ul>



# **Anexo XVI**

## **Tapete do rato – Sinais de Alerta do Desenvolvimento Infantil**

# Desenvolvimento Infantil

## SINAIS DE ALERTA

### 1 MÊS

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição de sentado
- Hiper e hipotonicidade na posição de pé
- Nunca segue a face humana
- Não vira os olhos e a cabeça para o som
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos

### 3 MESES

- Não fixa nem segue objectos
- Não sorri
- Não há qualquer controlo da cabeça
- Mãos sempre fechadas
- Membros rígidos em repouso
- Sobressalto ao menor ruído
- Chora e grita quando se toca
- Pobreza de movimentos

### 6 MESES

- Ausência de controlo da cabeça
- Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar
- Não olha nem pega qualquer objecto
- Assimetrias
- Não reage aos sons
- Não vocaliza
- Desinteresse pelo ambiente
- Irritabilidade
- Estrabismo manifesto e constante

### 9 MESES

- Não se senta
- Permanece sentado imóvel sem procurar mudar de posição
- Assimetrias
- Sem preensão palmar, não leva objectos à boca
- Não reage aos sons
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização
- Apático sem relacionamento com os familiares
- Engasga-se com facilidade
- Estrabismo

### 12 MESES

- Não aguenta o peso nas pernas
- Permanece imóvel; não procura mudar de posição
- Assimetrias
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão
- Não responde à voz
- Não brinca nem estabelece contacto
- Não mastiga

# **Anexo XVII**

## **Protocolo CPAP**



<b>N.º / Revisão –</b>	
<b>Data – 28/10/2010</b>	
<b>Tipo de documento:</b> Protocolo	
<b>Nome:</b> CPAP nasal no suporte respiratório do RNPT	
<b>Página 1 de 4</b>	
<b>Palavras-chave</b>	CPAP
<b>Elaborado em</b> 28/10/2010	<b>Aprovado em</b> ____ / ____ / ____
<b>Doc. Revogados</b> ____ / ____ / ____	
Mónica Gomes Cristina Oliveira (Aluna MESIP)	

## 1 Âmbito

Melhoria contínua e uniformização dos Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

## 2 Objectivo

Criar um protocolo de standards básicos de actuação.

## 3 Referências

Consensos de Neonatologia, 2004

Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco, 2002

Artigos de revisão.

## 4 Responsabilidades

A implementação deste protocolo compete à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

## 5 Descrição

A aplicação da pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP), por via nasal, consiste na administração da mistura de oxigénio e ar comprimido sobre pressão contínua, através de dispositivos nasais, aumentando a capacidade funcional residual pulmonar e reduzindo a resistência vascular pulmonar, melhorando assim a oxigenação.

## 6 Indicações

1. Apnéia da prematuridade que não responda a tratamentos medicamentosos
2. Doença da membrana hialina
3. Síndrome de angústia respiratória
4.  $\text{PaO}_2 < 50 \text{ mm Hg}$
5. Concentração de  $\text{O}_2 > 60\%$ .

## 7 Vantagens

1. Diminuição da necessidade de ventilação mecânica invasiva
2. Diminuição do tempo de internamento.

## 8 Efeitos

### 1. Pulmonares

- a. Aumento da capacidade residual funcional
- b. Aumento da superfície alveolar e redução do shunt intrapulmonar
- c. Distensão alveolar adequada, que facilita:
  - Prevenção da atelectasia e do encerramento das vias aéreas
  - Redistribuição do líquido pulmonar
  - Aumento da compliance
  - Diminuição do esforço respiratório.

### 2. Centrais

- a. Diminuição da frequência respiratória.

## 9 Efeitos indesejáveis

1. Administração tardia de surfactante
2. Diminuição do retorno venoso e do débito cardíaco
3. Retenção de CO<sub>2</sub> se distensão alveolar exagerada
4. Pneumotórax
5. Barotrauma

## 10 Formas de Aplicação

1. Modo de colocação
  - a. Cânulas nasais de silicone (prongs)
  - b. Máscara facial
2. Aparelho
  - a. Ventilador com modo CPAP
  - b. Variável flow jet – Infant Flow Driver®

## 11 Condições mínimas de aplicação

Pré-termo com IG > 27 semanas  
Respiração espontânea

## 12 Núcleo de Partos

1. Aspiração breve, se necessário
2. Antes dos 2 minutos de vida, iniciar nCPAP  
Pressão 4 – 5 cm H<sub>2</sub>O



FiO<sub>2</sub> mínimo necessário

3. Transporte rápido para a UCIN, em CPAP do ventilador da incubadora de transporte ou Infant Flow Driver®, quando disponível
4. Evitar perda de calor

### 13 UCIN

1. Manter PEEP entre 4 – 5 cm H<sub>2</sub>O
  - Aumentos de PEEP de 1 cm / 1 cm (raramente ultrapassar os 6 cm H<sub>2</sub>O), de modo a diminuir a retracção e melhorar a oxigenação.
  - Se necessário aumentar o FiO<sub>2</sub> até ao máximo de 50%
2. Administrar cafeína
3. Evitar manipulação
4. Tentar manter a boca fechada (chupeta)

### 14 Intervenções de Enfermagem

Intervenções	Justificação
1. Lavar as mãos	- Prevenir contaminação
2. Montar o circuito e conectar ao ventilador ou Infant Flow Driver®	
3. Instalar o ventilador e humidificador aquecido	- O aquecimento da mistura de oxigénio promove a manutenção da temperatura corporal e a humidificação ajuda a prevenir a secura da mucosa das narinas
4. Aspirar as vias aéreas superiores	- A manutenção das vias aéreas desobstruídas é importante para uma oxigenação adequada
5. Colocação adequada do barrete, cobrindo a frente, com correcto ajuste das fitas de fixação	
6. Usar prongs nasais de maior calibre possível, estes devem ocluir completamente as narinas, sem repuxar, mas em continuidade com as mesmas	- Evitar fugas
7. Aplicar hidrocolóide de protecção nas narinas e observar com frequência a integridade	- Prevenção de lesões das asas do nariz



cutânea em redor do dispositivo nasal e de fixação

- |  |   |  |
|--|---|--|
| 8. Mudança regular dos prongs  | - | Evitar a acumulação de secreções   |
| 9. Manter seca a região nasal  | - | Evitar maior risco de feridas  |
| 10. Se lesão das narinas, alternar com máscara   | - | Promover a cicatrização  |
| 11. Evitar aspirar o nariz   | - | Possível ocorrência de traumatismo das mucosas   |
| 12. Manter os prongs nasais bem seguros e correctamente posicionados, nas narinas, vigiar com frequência   | - | O dispositivo nasal é de fácil deslocamento, levando á fuga de ar e redução de pressão no CPAP, dificultando a oxigenação  |
| 13. Estimular a sucção com chupeta   | - | Promove o descanso e tranquiliza o RN, do mesmo modo que evita perdas de pressão pela boca   |
| 14. Colocar sonda orogástrica e se possível, mantê-la aberta   | - | Evita obstrução do CPAP e ao manter a SOG aberta promove-se a descompressão e redução da distensão abdominal facilitando a expansão torácica. Se o RN está a ser alimentado, abrir a SOG uma hora e meia após a alimentação. |
| 15. Mudar os tubos de 7 / 7 dias   | - | Evitar a contaminação  |
| 16. Manter o RN tranquilo, evitando a manipulação e agrupando os cuidados  | - | Maior conforto possível  |
| 17. Mínimo de ruído possível, utilizando silenciador-prolongador adaptado ao tubo expiratório e colocado fora da incubadora, sem nunca obstruir o circuito expiratório | - | Promover o repouso do RN   |

**LEGENDA:**

**CPAP** = Continuous Positive Airway pressure;

**IG** = Idade Gestacional

**PEEP** = Pressure End Expiratory Pressure

**RN** = Recém – Nascido

**RNPT** = Recém – Nascido Prematuro

**SOG** = Sonda Orogástrica

**UCIN** = Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**15 Destinatários**

Destinado aos elementos da equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

# **Anexo XVIII**

**Artigo – ‘Impacto do Desenvolvimento  
Neuromotor do RNPT – Cuidado para o  
Desenvolvimento’**

**IMPACTO DO AMBIENTE DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS NO  
DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO  
Importância do Cuidado para o Desenvolvimento**

**Cristina Oliveira**

Aluna Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.  
Enfermeira Graduada, Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

**Mónica Gomes**

Enfermeira Orientadora  
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de São Sebastião.

**Constança Festas**

Professora Coordenadora, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

*‘Serão detalhes, como o ambiente,  
os cuidados à pele, a intervenção dos pais,  
os posicionamentos correctos,  
que farão com que prematuros não apenas sobrevivam,  
mas que vivam com a qualidade que se pretende.’<sup>1</sup>*

**RESUMO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>, nascem anualmente 20 milhões de bebés prematuros e com baixo peso. Frágeis, indefesos e muito vulneráveis, dependem da tecnologia para sobreviver, mas sobretudo de uma vasta equipa de profissionais de saúde que deles cuidam. Estas crianças que nascem prematuramente necessitam de um internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde o ambiente é hostil para o seu pleno desenvolvimento, é repleto de barulho e onde há iluminação intensa contínua e são frequentes as interrupções dos períodos de sono e repouso. Até aqui, a tecnologia permitiu-nos que sobrevivêssemos, mas a partir de agora devemos apostar na melhor qualidade de vida que lhes podemos proporcionar. Foi pelo interesse pessoal nesta temática que me propus a elaborar este artigo. Este surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa – Porto, no Estágio Módulo III, a realizar-se na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de São Sebastião. Consiste numa breve revisão bibliográfica da temática, cada vez mais emergente nos cuidados de enfermagem neonatal, e tem como objectivo abordar algumas estratégias para minimizar o impacto do ambiente no desenvolvimento dos RN internados em UCIN.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as hipóteses de sobrevivência do recém-nascido prematuro (RNPT), cujo peso e idade gestacional são cada vez mais baixos, aumentou exponencialmente. No entanto, o impacto dos cuidados prestados a estes recém-nascidos (RN) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) acarreta consequências sob a mortalidade e a qualidade de vida.

Em Portugal, também se constata este avanço, dado que a mortalidade neonatal passou de 6,9%, em 1990, para 2,1%, em 2008, e a mortalidade perinatal, de 12,4%, em 1990, para 4% em 2008<sup>3</sup>. No entanto, é da máxima importância que se passe a dar maior atenção a factores que possam ser causadores de alterações a médio e longo prazo, a nível do desenvolvimento global destes RN, tal como a identificação precoce de alterações.

Um estudo realizado por Khall<sup>4</sup> conclui que a prematuridade afecta o desenvolvimento normal do RN. Tamez<sup>5</sup> cita Bernam, que reforça a ideia ao referir que o atraso no desenvolvimento neuromotor do RNPT é variado, sendo 30% de moderado a severo nos prematuros nascidos com menos de 1250g e 50% nos nascidos com menos de 800g. Em contrapartida, um outro estudo realizado

por Finner et al<sup>6</sup> comprovou que é possível a sobrevivência de grandes prematuros com desenvolvimento normal e sem sequelas.

## O ambiente da UCIN

Um RNPT é um ser totalmente desprotegido em todas as suas vertentes, um ser 'inacabado' que foi privado abruptamente do paraíso que é o ventre materno, onde era embalado pela voz, ritmo cardíaco e respiratório da mãe, um lugar quente, seguro em que nada lhe faltava, é subitamente trazido para um lugar frio, é rodeado de vozes desconhecidas, de um barulho ensurdecador e excessivamente iluminado, em que o estímulo mais frequente por ele sentido é a dor<sup>7</sup>.

Uma UCIN é uma unidade com características muito particulares, onde se observa RN em estado crítico protegidos pelas incubadoras, rodeados de complexos equipamentos, a trabalharem a um ritmo constante, expressando a mais avançada tecnologia<sup>8</sup>. Apesar de esta assistência lhe garantir um direito à vida, também o submete a um ambiente hostil para a qual não está preparado, super estimulante e que compromete o seu crescimento e desenvolvimento.

O ambiente nas UCIN tem sido considerado como o factor que mais

contribui para a persistência dos problemas encontrados em RNPT.

É um ambiente bastante diferente do intra-uterino, com um padrão excessivo de estímulos, pouco adequado ao desenvolvimento do RN de termo doente e, em especial, do RNPT que, devido à sua imaturidade neurológica e instabilidade fisiológica, possui uma menor capacidade de gestão dos estímulos a que é sujeito<sup>9</sup>.

O RNPT é um ser cujas competências comportamentais não estão desenvolvidas e adaptadas ao meio extra-uterino, pelo que as condições da UCIN o impedem de usufruir dos benefícios das estimulações, que se revelam excessivas e prematuras<sup>10</sup>.

### **Luminosidade**

Apesar da acuidade visual no RN estar comprovada, sabe-se que esta é baixa. Após o nascimento, as pupilas do RN são reactivas à luz e o reflexo de pestanejo é facilmente observável<sup>11</sup>. Logo a exposição permanente a uma luz branca e fria, como a fluorescente, é, para o RNPT, um estímulo inapropriado.

Segundo Carriço e Vieira<sup>12</sup>, é de primordial importância proporcionar ciclos dia/noite ao RN, visto que diminui a incidência de retinopatia, facilita o desenrolar do padrão dos ciclos de sono,

diminui o gasto energético e, por fim, acelera o aumento de peso.

Para proporcionarmos um ambiente com menor estimulação visual, é necessária a redução da intensa e constante luminosidade, visto que esta interfere nos padrões de repouso e nos ritmos circadianos.

### **Sons**

Vários estudos revelam que os níveis de ruído nas UCIN podem atingir níveis potencialmente perigosos para o frágil sistema auditivo dos RNPT.

Os órgãos auditivos tornam-se funcionais por volta da vigésima semana<sup>10</sup>, o que comprova experiências auditivas nos RNPT. Embora a região média e interna do ouvido sejam grandes ao nascimento, o canal externo é pequeno e a parte óssea ainda não está formada, o que faz com que a membrana timpânica e o nervo facial estejam muito à superfície, podendo facilmente ser lesados<sup>13</sup>.

Sons muito altos podem prejudicar a cóclea, causando perda da audição, interferem com o sono e repouso, levam à fadiga, agitação e irritabilidade, aumentando a pressão intracraniana e predispondo a hemorragia intraventricular nos prematuros. Além de aumentar o consumo de oxigénio e a frequência cardíaca, resultando daí um aumento do

consumo calórico e ganho de peso lento, o ruído interfere com o estado de sono profundo, que possui um papel importante para a maturação das funções cerebrais<sup>5</sup>.

Um estudo recente, elaborado por Cardoso et al<sup>14</sup>, refere que as principais fontes de barulho e ruídos na UCIN são: o diálogo entre pessoas, o alarme dos aparelhos, como os monitores e incubadoras, o uso de telefone, o som do jacto da água da pia de lavar as mãos e a troca de equipamentos. Como podemos constatar, todas estas causas podem ser minimizadas pela consciencialização dos profissionais envolvidos nos cuidados aos RN.

### **Cuidado para o Desenvolvimento**

Apesar de todos os avanços tecnológicos e da humanização no atendimento aos RNPT, as sequelas neuro-psico-motoras são responsáveis por uma elevada taxa de morbilidade<sup>9</sup>.

A prevenção, detecção e minimização das alterações do desenvolvimento neuro-psico-motor torna-se o âmago dos cuidados prestados ao RNPT. Nesta linha de raciocínio, nos Estados Unidos da América, Dr. Heidi Als concebeu um programa de desenvolvimento designado por *Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program* (NIDCAP®), com o objectivo de promover o desenvolvimento

normal do RNPT através da simulação do ambiente intra-uterino nas UCIN<sup>9</sup>.

Este programa pretende proporcionar orientações educacionais e treino específico, em avaliação e observação comportamental, da equipa que presta cuidados a RN de risco e sua família, utilizando uma grelha de avaliação inspirada nos trabalhos desenvolvidos por Brazelton.

É elaborado um plano de cuidados holístico, primeiro a partir da observação seriada e depois das intervenções, permitindo, assim, identificar os diferentes tipos de comportamento do RN, como resposta aos estímulos.

O programa baseia-se na teoria dos sistemas funcionais, que de acordo com Als (1982), citada por Larossa<sup>16</sup>, confere um suporte teórico para a compreensão do comportamento do RNPT segundo os seguintes subsistemas: Motor (observa-se o tônus muscular, os movimentos, a actividade e a postura do RN); Autónomo (incorpora as funções fisiológicas, como a actividade visceral, a cor da pele, a existência de tremores e as frequências cardíaca e respiratória); Estado (sono profundo, sono leve, sonolento, alerta, choro e agitação) e Auto-regulação (consiste na habilidade do RN para encontrar equilíbrio em relação às mudanças do ambiente).

Cada um destes subsistemas interage um com o outro e confere indicações sobre a receptividade do RN a possíveis interações e procedimentos, ou seja, sobre a sua capacidade de auto-regulação.

O conhecimento destes subsistemas permite promover estratégias que contribuam para a auto-regulação e para o cuidar individualizado, de acordo com as mensagens que o RN transmite<sup>9</sup>.

Os RNPT, que pela sua imaturidade ainda não têm os sistemas desenvolvidos nem preparados para funcionar de modo adequado, quando estimulados reagem com sinais de stress e desorganização.

Segundo Byers<sup>17</sup>, citando Lotas & Walten (1996), Vanderberg (1997) e Nann (2000), as estratégias para o cuidar centrado no desenvolvimento incluem: a manutenção do ambiente, a promoção da posição em flexão, a sucção não nutritiva; o *Kangaroo Care*; os cuidados centrados na família e outras actividades que promovam a auto-regulação<sup>5</sup>.

Als<sup>18</sup>, no *NIDCAP® Program Guide*, revisto em 2010, refere quatro áreas de intervenção no controlo dos estímulos externos:

Ambiente: Este é modificado com a finalidade de se adaptar a intensidade dos estímulos ambientais às competências do

RN (reorganização funcional e arquitectónica, redução do nível sonoro e luminosidade, reflexão sobre a pertinência de serem realizados alguns dos procedimentos invasivos).

Agrupamento de cuidados de enfermagem e de outros profissionais: Devem ser aproveitados os períodos de alerta para a prestação de cuidados e se o RN suportar para a estimulação de interações sociais, principalmente com os pais. Em contrapartida, devem ser respeitados os períodos de repouso e a fim de preservar a organização do sono.

Posicionamento do RN na incubadora: deve preservar-se a posição natural em flexão, para promover a estabilização motora e vegetativa.

Parceria parental: Os sinais comportamentais do RN devem ser ensinados aos pais e estes devem ser incentivados à participação activa nos cuidados desenvolvimentais (contacto pele a pele, estimulação tátil, massagem, entre outros).

Vários autores relataram significativos efeitos positivos do NIDCAP® na evolução e prognóstico do RNPT, traduzidos por: redução no período de hospitalização, diminuição do tempo de ventilação mecânica, menor incidência de hemorragia intraventricular, rápido aumento ponderal, menor incidência de



displasia broncopulmonar, promoção da vinculação com os pais<sup>10</sup>.

No entanto, ainda existe um crescente cepticismo em relação a este tipo de cuidados. Muitas das críticas consideram que os resultados são bons de mais para serem considerados como verdadeiros.

Este é um programa que exige formação certificada dos profissionais, levando a um elevado encargo financeiro que a maioria das instituições não pretende suportar. Contudo, estas questões não inviabilizam a concretização de um projecto deste tipo, mas torna-se necessário proceder a algumas adaptações, face à realidade de cada país e de cada UCIN.

Pelas razões referidas, o NIDCAP®, parece ser um programa passível de divulgação e implementação. Acreditando que a combinação da técnica e dos cuidados numa perspectiva do desenvolvimento do RN, se repercutirá na sua qualidade de vida e favorecerá o seu potencial físico cognitivo e comportamental<sup>10</sup>.

## **Conclusão**

O RNPT permanece uma caixa de surpresas, que em cada dia revela um novo aspecto e coloca um novo desafio aos profissionais de saúde. Um dos principais

desafios consiste em proporcionar ao RNPT a oportunidade de se integrar e desfrutar em pleno daquilo que o rodeia. Um conhecimento mais aprofundado das suas particularidades contribui para uma prestação de cuidados mais adequada às suas reais necessidades e, consequentemente, a um desenvolvimento neuro-psico-motor mais harmonioso e saudável. Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel preponderante, visto que, uma vez mais, são os profissionais que mais interagem com o RN. Uma das suas principais funções prende-se com a manutenção de um ambiente na unidade isento de estímulos caóticos e constantes, através da adopção de estratégias identificadas.

Termino com uma questão de Zaconeta<sup>1</sup>: *‘De que serve administrar dobutamina para diminuir a frequência cardíaca de um neonato se, em simultâneo, o ruído, a dor, a luz, o posicionamento incorrecto estão a causar a taquicardia?’*  
Dá que pensar!!...

## **Bibliografia**

- <sup>1</sup> Zaconeta, Carlos et al – Neonatologia: A Terceira Onda. Brasil, 2000.
- <sup>2</sup> Who – Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates. World Health Organization and United Nations Children’s Fund, New York. 2004
- <sup>3</sup> Roldão, Graça – Cuidar do bebé prematuro e a prevenção das infecções respiratórias. Revista Nursing, nº 252, Edição Dezembro de 2009, Ano 21, p. 28-30

- <sup>4.</sup> KHALL, Khadiga A. et al – Pattern of growth and development of premature children at the age of two and three years in Alexandria. Egypt (Part I). vol. 1, nº 2, 1995 – p. 176 – 185.  
<http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0102/02.htm>
- <sup>5.</sup> Tamez, Raquel e Silva, Maria – Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. ISBN 85-277-0534-6
- <sup>6.</sup> FINER, Neil N. et al – Intact Survival in Extremely Low Birth Weight Infants after Delivery Room Resuscitation, Pediatrics, Outubro 1999.  
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/104/4/e40>, 1994.
- <sup>7.</sup> Lopes, Sandrine e Fernandes, Pedro - Era uma vez um ser de palmo e meio... Revista Sinais Vitais, nº 78, Maio 2008, Coimbra.
- <sup>8.</sup> Freitas, Miquelina - A família confrontada com a admissão do Recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Revista Sinais Vitais, nº 81, 2008, Coimbra
- <sup>9.</sup>
- <sup>10.</sup> Ramos, Madalena - NIDCAP® Uma realidade possível.... Revista Sinais Vitais, nº 54, 2004, Coimbra
- <sup>11.</sup> Perry, S. - Recém-nascido. In I. Bobak, D. Lowdermilk, & M. Jensen, Enfermagem na Maternidade, 1999, Loures: Lusociência.
- <sup>12.</sup> Carriço, Paula T. Vieira, Manuela F. – O ambiente da UCI-RN e a sua influência no Desenvolvimento do Recém-nascido pré-termo. Sinais Vitais. Coimbra. Nº47. 2003, p. 49-52.
- <sup>13.</sup> Hockenberry, Marilyn; Winkelstein, Wilson – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª ed. Rio de Janeiro, 2006, Elsevier Mosby ISBN 85-352-1918-8
- <sup>14.</sup> Cardoso, M. Vera L; Chaves, Edna M. Bezerra, M. Gorette – Ruídos e barulhos na unidade neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2010 Julho – Agosto, 63 (4), p. 561-66
- <sup>15.</sup> Souto, Nisa e Reis, Ana, Posicionamentos no RNPT. Revista Sinais Vitais, nº 62, Setembro de 2005, Coimbra, pág. 36 – 41
- <sup>16.</sup> Larossa, M Mulligan – Understanding Preterm Infant Behavior in the NICU, October, 200.  
<http://med.emory.edu/PEDIATRICS/>
- <sup>17.</sup> Byers, Jaqueline F. – Components of Developmental Care and the Evidence for their use the NICU. MCN – The American Journal of Maternal/Child Nursing. May/June, 2003. P. 174-179.
- <sup>18.</sup> Als, H. – Newborn Individual Development care Assessment Program (NIDCAP/E) Program Guide Boston: National NIDCAP/E Center, 1996